

# TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

## FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: *Sociální péče*

Studijní obor: *Sociální pedagog*

Kód oboru: *7502R010*

Název bakalářské práce:

### MOŽNOSTI RESOCIALIZACE DROGOVĚ ZÁVISLÉHO V ČESKÉ REPUBLICE

The Resocialization Possibilities of the drug Addict in the  
Czech Republic

**Autor:**

Drahlava Kolářová

Donovalská 1659/32

149 00 Praha 4 – Chodov

**Podpis autora:** \_\_\_\_\_

**Vedoucí práce:** *PhDr. Jan Sochůrek, Ph.D.*

**Počet:**

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
66	0	10	1	16	3 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce

V Praze dne: 25. 04. 2006

# TU v Liberci, Fakulta pedagogická

---

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Jména a příjmení studenta:** Drahoslava Kolářová  
**Adresa:** Donovalská 1659/32, 14900 Praha 4

**Bakalářský studijní program:** Sociální péče  
**Studijní obor:** Sociální pedagog

**Název bakalářské práce:** Možnosti resocializace drogově závislého v České republice

**Název BP v angličtině:** The Resocialization Possibilities of the Drug Addict in the Czech Republic

**Vedoucí práce:** PhDr. Jan Sochůrek

**Termín odevzdání:** 30. 04. 2006

**V Liberci dne** 28. 01. 2005

.....  
**vedoucí bakalářské práce**

.....  
**děkan FP TUL**

.....  
**vedoucí KSS**

**Převzal (student):** Drahoslava Kolářová

**Datum:** 28.01. 2005

**Podpis studenta:** .....

**Charakteristika práce:**

Bakalářská práce se zabývá teoreticky i prakticky problematikou návratu drogově závislého do jeho občanského i pracovního života a výčtu možností řešení tohoto problému.

**Cíl práce:**

Cílem práce je analýza resocializace drogově závislého do společnosti a jeho další osobní a profesní růst. Jeho možnost se začlenit do společnosti a být jejím plnohodnotným členem.

**Předpoklad práce:**

Předpokladem je teoretická i praktická znalost drogové problematiky i znalost chování drogově závislého a jeho úspěšná léčba.

**Hlavní použité metody:**

Analýza spisové dokumentace  
Rozhovor  
Klinická kazuistika drogově závislého  
Nestandardizovaný dotazník

**Základní literatura:**

BERAN,J. *Droga a my*. Jihlava:Okresní hygienická stanice, 1995.  
BORNÍK,M. *Drogy - co bychom o nich měli vědět*. 1.vyd. Praha: Thémis 2001. ISBN 80-85821-98-2  
JANÍK,A.,DUŠEK,K. *Drogy a spol..* 1.vyd. Praha: Avicenum 1990. ISBN 80-201-0087-3  
KAŠPAROVÁ,Z.,HOUSKA,T. a kol. *Sám sebou 3*. Praha: Sdružení Rodiče proti drogám 1995. ISBN 80-901740-6-X  
MRAVČÍK,V.,KORČISOVÁ,B.,LEJČKOVÁ,P.,MIOVSKÁ,L.,ŠKRDLAN TOVÁ,E.,PETROŠ,O.,RADIMECKÝ,J.,SKLENÁŘ,V.,GAJDOŠÍKOVÁ,H.,VOPRAVIL,J.  
*Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR 2004. ISBN 80-86734-25-0  
NEŠPOR,Karel. *Vaše děti a návykové látky*. 1.vyd. Praha: Portál 2001. 157 s. ISBN 80-7178-515-6  
VAGNEROVÁ,Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0

## **Prohlášení**

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. O právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 25.04.2006

Podpis: .....

Kolářová Drahoslava

**Poděkování:**

***Děkuji vedoucímu bakalářské práce PhDr. Janu Sochůrkovi, Ph.D., za příkladné, ochotné a odborné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.***

***Zároveň také děkuji PhDr. Nině Krásenské za odborný a kritický dohled a konzultace při psaní mé bakalářské práce při řešení drogové problematiky v naší republice.***

**Název BP:** *Možnosti resocializace drogově závislého v České republice*  
**Název BP:** *The Resocialization Possibilities of the Drug Addict in the Czech Republic*  
**Jméno a příjmení autora:** *Drahlava Kolářová*  
**Akademický rok odevzdání BP:** 2005/2006  
**Vedoucí BP:** *PhDr. Jan Sochůrek*

## **Resumé**

Bakalářská práce se zabývala problematikou resocializace drogově závislého jedince v podmínkách České republiky. Vycházela z neuspokojivého stavu v řešení drogové problematiky, nárůstu drogově závislých a jejich možnosti zařazení a uplatnění ve společnosti.

Cílem bakalářské práce bylo seznámit laickou veřejnost s problémem drog a jejich zneužíváním. Následně jejich možnosti léčby, upozornění na špatnou provázanost v péči o tyto závislé v naší společnosti, na to, že je zde proces resocializace jedince, nedotčen do úplného konce a není komplexní.

Bakalářskou práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování literárních pramenů popisovala a objasňovala drogovou problematiku v naší zemi a možnosti resocializace jedince.

V praktické části jsem pomocí klinické kazuistiky uvedla případovou studii drogově závislého jedince a průběh léčbou. A jeho možnost zařadit se do společnosti a stát se platným občanem.

V závěru práce jsem se snažila shrnout a navrhnout opatření, která by měla pomoci závislým na nealkoholových drogách zbavit se své závislosti a abstinovat, také jim nabídnout možnosti řešení se vrátit znovu do osobního života bez drog.

## **Klíčová slova:**

Abstinence, detoxikace, droga, léčba, marihuana, prevence, recidiva, substituce, tolerance, závislost psychická, zneužívání drog.

### ***Summary***

The bachelor work was aimed at the problems of re-socialisation of a drug addict in Czech Republic. The work was prompted by unsatisfactory condition of solving the problems of drugs, the increase of drug addicts in numbers and their chances to integrate into mainstream society.

The aim of the work was to introduce the problem of drug abuse to the general public. Then proceed to introducing the possibility of medical treatment and to bring attention to process of reintegration to mainstream society while stressing its imperfection and incompleteness.

The bachelor work was divided into two main parts – practical and theoretical. The former was to theoretically describe the problems of drug abuse in our country and the possibility of re-socialisation of drug addicts. The latter was to present a case report of a drug addict and the process of his medical treatment, followed by the possibility of his reintegration to mainstream society and becoming a active citizen.

The conclusion of the work was to present and suggest possible steps that would help drug addicts to oust their addiction and to suggest the possibility of solutions to the process of coming back to normal life – life without drugs.

## **OBSAH**

<b>1 ÚVOD.....</b>	<b>10-11</b>
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12-13</b>
<b>2.1 Drogy a lidský jedinec .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Vybrané příčiny zneužívání psychotropních látek .....</b>	<b>13-14</b>
2.2.1 Droga .....	14
2.2.2 Osobnost .....	15-16
2.2.3 Sociální prostředí .....	16-18
2.2.4 Provokující a vyvolávající činitelé .....	18
<b>2.3 Přehled a rozdělení drog zneužívaných v České republice ..</b>	<b>19</b>
2.3.1 OPIÁTY (omamné látky) .....	19-20
2.3.2 KONOPÍ (Cannabis) .....	20
2.3.3 TLUMIVÉ LÁTKY .....	20-21
2.3.4 STIMULAČNÍ LÁTKY .....	21-22
2.3.5 HALUCINOGENY .....	22-23
2.3.6 TĚKAVÉ LÁTKY .....	23
<b>3 ZÁVISLOST NA DROGÁCH JAKO AKTUÁLNÍ SPOLEČENSKÝ PROBLÉM .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Možná řešení a prevence .....</b>	<b>24-25</b>
<b>3.2 Stádia vývoje patologické závislosti na drogách .....</b>	<b>25-26</b>
3.2.1 Stádium experimentování .....	26-27
3.2.2 Fáze příležitostného užívání .....	27
3.2.3 Fáze pravidelného užívání .....	27
3.2.4 Fáze návykového užívání .....	28
<b>3.3 Primární prevence .....</b>	<b>29-30</b>
<b>3.4 Řešení drogové problematiky nejvyššími orgány státní správy v ČR .....</b>	<b>29-30</b>
<b>4 PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>31</b>
<b>4.1 Možnosti léčby drogově závislých v ČR .....</b>	<b>31</b>
4.1.1 Léčba ve státních a nestátních zařízeních .....	31-32
4.1.2 Psychoterapie v léčbě závislostí .....	32-33
4.1.3 Posilování motivace .....	33-34



4.1.4 Léčba v terapeutické komunitě .....	34-35
4.1.5 Mírnění škod – harm reduction .....	35-36
<b>5 NÁVRATY (RESOCIALIZACE) DROGOVĚ ZÁVISLÉHO ..</b>	<b>36</b>
5.1 Somatické důsledky závislosti .....	36-37
5.2 Psychické důsledky závislosti .....	37-38
5.3 Sociální důsledky závislosti .....	38-39
5.4 Klinická kazuistika .....	40-48
5.5 Pracovní a společenské uplatnění drogově závislého	48-51
<b>6 STRATEGIE ŘEŠENÍ DROGOVÉ PROBLEMATIKY V ČR (2005-2009) .....</b>	<b>51</b>
6.1 Funkce strategie .....	51
6.2 Akční plán realizace .....	52
6.3 Naplňování cílů .....	53-60
<b>7 ZÁVĚR .....</b>	<b>61-62</b>
<b>8 NÁVRH OPATŘENÍ .....</b>	<b>62-64</b>
<b>9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>65</b>
<b>10 SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>66</b>
<b>11 PŘÍLOHY</b>	

# 1 ÚVOD

V bakalářské práci bych chtěla upozornit, zmapovat a přiblížit drogovou scénu a její uživatele v České republice a pokusit se dát do kontextu jak zneužívání nealkoholových drog, tak postupnou a cílenou možnost léčby a následné možnosti resocializace drogově závislého v podmínkách České republiky. Strategii vlády a státní správy v oblasti drogové politiky na období 2005-2009.

Cílem bakalářské práce je popsat, teoreticky i prakticky přiblížit aktuální problém, kterým drogy jsou. Dále upozornit na to, jak není provázanost mezi prevencí, léčbou a následným zapojením drogově závislého do plnohodnotného života.

Přiblížit sociální strádání rodiny, jejichž syn nebo dcera zneužívají nealkoholové drogy a stávají se na nich závislí. Dále jak tím trpí i okolí, kamarádi, přítelkyně, sourozenci a další.

Život nespočívá v pouhé spotřebě stravy, informací, ideologií nebo zábavy či pouze ve vytvořené práci. **Život si musíme neustále uvědomovat, vysvětlovat a řešit problémy, které každodenně přináší.**

Svět se neustále vyvíjí a obměňuje, tak člověk musí neustále hledat optimální způsoby sebe utváření a zapojení do života. V tom je skryto dobrodružství, které stojí za to, aby bylo vnímáno a prožito naplno, bez chemického zkreslení alkoholem či jinými drogami, které nikterak nepřispívají k odpovědi na otázku, jak a proč žít. Spíše naopak. Problémy života drogy komplikují a jsou také zdraví škodlivé. (Riesel, 1999, s.5).

**Lidé usilují o mnohé. O moc, o lásku, bohatství. Snaží se také oddalovat stáří a bojí se smrti. Život je spojován se zdravím.**

Zdraví se však musí aktivně pěstovat a rozvíjet. Bez drog! ***Je-li smyslem života také úkol vyplnit vyměřený čas prací a láskou, nabízí se otázka, co zbude po člověku, který užívá drogy?*** (Riesel, 1999, s.5).

Co je výše uvedeno, jsem citovala pana doktora Petra Rieesela z jeho knížky s velice příznačným názvem: „***Lesk a bída drog***“. Myslím si , že tímto je vyjádřeno vše co vlastně droga mladým lidem, kteří spadnou na tuto dráhu, přináší. (Riesel, 1999, s.5).

Drogový problém, s nímž se zvláště v posledních létech stále obtížněji potýkáme, k nám nepřišel z neznáma. Má své hluboké historické, sociální i geopolitické kořeny. Při jeho bedlivějším zkoumání proto často nalézáme řadu překvapivých souvislostí, které pevně propojují naši současnost z hlubokou minulostí. Zjišťujeme, že mnohé z toho, co dnes musíme řešit, už tady někdy bylo, že se vlastně jen opakuje stará historie, oblečená do novodobého hávu. Stejně tak má náš domácí vývoj řadu lokálních zvláštností – na druhé straně se však potýkáme s mnoha jevy, které se již odehrály anebo se právě odehrávají v jiných zemích, jiných částech naší planety, s jevy, které propojují českou mikro-kulturu prakticky s celým světem. (Nožina,1997, s.7).

Jedním z hlavních úskalí, které dnes značně ztěžuje účinné řešení drogového problému, je jeho ***mnohovrstevnatost***. Je znakem naší doby, poznamenané prudkým vědeckotechnickým vývojem, ekologickými problémy, populační explozí, hektickým stylem života, rozpadem rodinných a sociálních vazeb atd. Drogy se staly průvodním katalyzátorem celé řady negativních ekonomických, politických, sociálních a zdravotních jevů, které hluboce poznamenávají životy lidí. (Nožina,1997, s.7).

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Drogy a lidský jedinec

Od pradávna musel člověk vyvíjet úsilí pro získání prostředků, aby zachoval svou existenci, zabezpečil rodinu a potomstvo. Při práci byli lidé najednou postaveni do situace, kterou nebylo možno zvládnout bez námahy a odříkání. (Janík, Dušek, 1990, s.9).

Život člověka provázejí mnohé, nejednou katastroficky vyhocené události: bývají to osobní tragédie – smrt blízkých, nesoulad v rodině, rozvod, nevděk dětí, jindy zase přírodní katastrofy – povodně, zemětřesení, neúrody. Do tohoto výčtu je třeba zahrnout i katastrofy společenské, které na lidi dolehnou často neodbytněji než přírodní úkazy a osobní neštěstí. Jsou to krize, nezaměstnanost, války přinášející bídu, zoufalství, hlad a strach o holý život. (Janík, Dušek, 1990, s.9).

Tyto situace člověk nepřekonává vždy jen aktivně. Někdy je neřeší vůbec, protože je ani řešit nedovede, rezignuje a upadá do fatalismu. Jindy se jim vyhýbá a uchyluje se k fantazii. Vy-snívá si svět hezčí, krásnější a blaženější, bez bídy a utrpení, které prožívá na Zemi. (Janík, Dušek, 1990, s.9).

Při pracovní činnosti a při pronikání do zákonitostí přírody objevili lidé rostliny, jejichž požití podporovalo a uvolňovalo fantazii a umožňovalo jim dostat se lehce a rychle do stavu blaženosti. **Látky z těchto rostlin je alespoň přechodně osvobozovaly od pout nelákavé skutečnosti.** Po těchto zkušenostech se k nim člověk začal utíkat soustavně. Vynaložil mnoho námahy, aby z rostlin získal co nejvíce těchto látek. Objevil chemické pochody – kvašení, destilaci, které umožňovaly výrobu některých omamných látek. Později se naučil vyrábět je synteticky, nezávisle na přírodě. K jejich výrobě vybudoval celá odvětví zemědělství a průmyslu, a ta se stala neodmyslitelnou součástí každé společnosti. (Janík, Dušek, 1990, s.9).

***Za tyto dočasné a prchavé chvíle blaženosti, které nijak neřešily zápornou životní situaci, musel však draze zaplatit. Člověk si vypěstoval návyk na omamné látky. Uplatnila se přitom obecná zákonitost, která provází každou pravidelně se opakující činnost člověka – vznik návyku. Navíc návyky na omamné látky jsou velice pevné a obtížně se ruší, neboť vyvolávají mimořádně příjemné stavy a přechodně zbavují starostí.***

Nedozírné jsou i ekonomické důsledky zneužívání omamných látek, a to jak pro jednotlivce, tak pro společnost. (Janík, Dušek, 1990, s.10).)

Účinek omamných látek nevede však jen ke škodám ekonomickým a společenským, které se projevují v útěku od problémů, rezignaci a bídě. Látky totiž nepříznivě působí i na organismus člověka a poškozují jej. Lidský organismus, závislý na těchto látkách upadá, opotřebovává se. Konečným výsledkem je předčasný zánik. (Janík, Dušek, 1990, s.10).

## **2.2 Vybrané příčiny zneužívání psychotropních látek**

Postupně, s růstem zneužívání nejrůznějších látek, je nutno se zabývat otázkami příčin **vzniku drogové závislosti**. Je evidentní, že **závislost na drogách má své kořeny nejen v droze samotné, nýbrž i v osobnosti člověka**, který toxikomanii podlehne, i v dalších společenských činitelích, jako je např. **užší sociální prostředí, jeho kulturní úroveň a dostupnost drogy**. Bezvýznamné nejsou ani vyvolávající faktory, mezi které počítáme **zátěžové situace tělesného i duševního původu**. Jak je patrné, na vzniku závislosti na droze se podílí celá řada faktorů, jejichž význam však není stejný. U některého jedince dominuje jedna, u dalšího druhá složka v různé intenzitě. (Janík, Dušek, 1990, s.119).

S jistým zjednodušením můžeme vyčlenit **čtyři základní faktory**, které **podmiňují vznik drogové závislosti**:

1. **látka samotná**
2. **osobnost, (dědičnost)**
3. **sociální prostředí**
4. **provokující a vyvolávající činitelé** (Janík,Dušek, 1990, s.119).

### 2.2.1 Droga

Základním faktorem, který vyvolává návyk, je **droga**. V širším smyslu slova by bylo vhodnější hovořit o chemické látce, neboť ne každá zneužívaná látka má charakter drogy. Aby se droga mohla stát předmětem zneužívání, musí splňovat určité předpoklady – musí mít takové vlastnosti, které jsou schopny uspokojit požadavky toxikomana. Proto se zneužívají především psychotropní látky, které určitým způsobem ovlivňují lidskou psychiku, a to buď ve směru útlumu, nebo podráždění (jsou však látky, které v určitých fázích svého působení mohou vyvolat oba druhy reakce). (Janík,Dušek, 1990, s.119, 120).

Biologické teorie závislosti na drogách se snaží vycházet ze zjištění předpokládaných nebo potvrzených odchylek při odbourávání drogy v organismu. Uvádí se, že mohou být vrozené nebo získané. Cíleně se tyto otázky rozpracovávají u alkoholu. U drog jsme v složité situaci, neboť určitá látka může být současně léčivem i drogou. Mechanismus účinku těchto látek se studuje po stránce chemické, metabolické, neurofyzilogické aj. Tyto studie v jednotlivostech velmi nadějně a zajímavě, pomáhají pochopit i některé souvislosti drogových závislostí. (Janík,Dušek, 1990, s.120).

Nelze tvrdit, že by se zneužívaly jen psychotropní látky. Zabývali jsme se otázkou, jak zjistit, která látka se může stát návykovou, tedy, která má takové vlastnosti, aby splňovala požadavky toxikomana. Zjišťovali jsme to tím způsobem, že jsme vysadili látky , na kterých byli závislí.

Když se jim rozvinul abstinenci syndrom, podali jsme jim sledovanou látku. Ovlivnila-li abstinenci syndrom, bylo možné předpokládat, že jde o látku návykovou. (Janík,Dušek, 1990, s.120).

### 2.2.2 Osobnost, (dědičnost)

Dalším činitelem při tvorbě závislosti na droze je samotná osobnost toxikomana. Představuje individuální spojení duševních i tělesných vlastností člověka, které se vytvářejí v průběhu individuálního vývoje a projevují se ve společenských vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvoří **strukturu osobnosti**, která je pro každého jedince svérázná a má dynamický charakter. (Janík, Dušek, 1990, s.123).

Osobnost se vyvíjí na základě **vrozených dispozic** a v dalším průběhu ji dotvářejí **získané vlastnosti**. Proto se při vzniku závislosti nesmí zanedbávat význam dědičných faktorů. (Janík, Dušek, 1990, s.123).

Návyk na alkohol se spíše rozvine u toho jedince, jehož jeden z rodičů ( případně oba ) byl alkoholikem. Jde tu nejen o získanou zkušenost, která působila v průběhu vývoje po narození, *nýbrž i o určité dispozice, které si člověk přináší s sebou již při narození.*

O osobnosti z hlediska sociologie, nelze hovořit krátce po narození člověka. Ta se vytváří až v průběhu jeho vývoje výchovou a učením. Postupně se z člověka stává společenská bytost, která dovede nejen svět, nejen poznávat, nýbrž jej i aktivně přetvářet ve svůj prospěch. Vývoj osobnosti bez sociálních interakcí tedy není možný. (Janík, Dušek, 1990, s.123).

V průběhu vývoje má člověk určité potřeby, které musí uspokojovat. Zpočátku jsou to jen základní potřeby, jako je potrava nebo spánek. Postupně jsou však potřeby stále náročnější a složitější – potřeby individuální a citové, sociální, kulturní, pracovní a další. Osobnost začíná dozrávat obvykle v období puberty a dozrává v dospělosti. Někteří se snaží objasnit vznik závislosti pomocí teorie učení v době dospívání. (Janík, Dušek, 1990, s.123,124).

Význam uspokojování potřeb můžeme interpretovat různě a individuálně, do jejich širokého rámce se může vejít i závislost na drogách. Každý člověk má vypracovaný svůj vlastní systém hodnot, což se projevuje v jeho zájmech. Zájmy bývají sice relativně trvalé, mají však sklon se vyvíjet do jisté míry i

měnit. Zájmy člověka úzce souvisí s jeho potřebami, citovými vztahy a schopnostmi a stávají se motivačním činitelem v činnosti člověka.

V průběhu vývoje každého člověka vznikají různé situace, se kterými se osobnost musí vyrovnávat. Schopnost vyrovnávat se, přizpůsobovat se, a na základě toho se dál čínorodě rozvíjet, se označuje jako **kompence osobnosti**. Člověk se obvykle dovede s takovými situacemi vyrovnávat. Jsou však jedinci, kteří selžou a stává se, že místo řešení sahají po droze nebo alkoholu. (Janík,Dušek, 1990, s.124).

### 2.2.3 Sociální prostředí

Mezi významné poučky sociální psychologie patří, že existence člověka si nemůžeme představit bez jeho vztahu k sociálnímu prostředí. Toto prostředí utváří osobnost člověka , může však zapříčinit i její poruchy. Tato vzájemná vazba je pevná a obě její složky se vzájemně podmiňují: ***jaká je společnost, takoví jsou i lidé, kteří jí tvoří a jací jsou lidé, taková je i společnost***. (Janík,Dušek, 1990, s.128).

Člověk se narodí do určitého prostředí a vyrůstá v něm. Běžně je to rodinné prostředí, v některých případech to však bývají i různá sociální zařízení. Langmeier a Matějček upozornili na to, že jedinci, kteří jsou od narození vychováni v kolektivních zařízeních trpí výraznější **citovou deprivací** než lidé, kteří od raného dětství vyrůstali v rodině a až poté delší dobu v dětských domovech. Do podobné situace se mohou dostat i jedinci, kteří trvale žijí v rodině, která je buď v rozkladu, nebo se dítěti nevěnuje dostatečná péče. Při vzniku návyku se tedy může uplatnit i porucha rodinného života. (Janík,Dušek, 1990, s.128).

Dalším důležitým činitelem je **škola**. Nejednou se stává, že dítě po příchodu ze školy, pokud ještě rodiče nejsou doma, zůstává zcela bez dozoru, toulá se, a lehce se pak může dostat do nevhodné společnosti.(Janík,Dušek, 1990, s.128,129).



Vznikají tak party, které mohou svádět k nesprávnému a nezákonnému jednání.

Stejný význam má i **zaměstnání**. Konflikty na pracovišti a jejich nevhodná řešení, narušené vztahy mezi spolupracovníky – to vše záporně působí na zúčastněné. Často je staví do situace, která je pro ně neřešitelná. Rovněž vysoká náročnost práce a nesprávná životospráva mohou vehnat člověka do područí drogy. (Janík, Dušek, 1990, s.128,129).

Podobně bychom mohli vyjmenovat i další sociální vlivy, které spolupůsobí při vzniku závislosti. Vojtík, který se podrobně zabýval otázkou toxikomanie u pražské mládeže tvrdí, že příčiny, které vedly jedince k droze, byly velmi často prosté: *zvědavost, touha prožít něco neobvyklého, uniknout nepříjemným stavům a samotě, do které ženou jedince jeho problémy, protest proti autoritě a konformnosti konzumního způsobu života*.

Uvedeny jsou i další vlivy: *stoupající požadavky na výkonnost v přetechizované společnosti, rychlé zvraty v sociálním seskupení a zvýšené nároky na přizpůsobivost*. (Janík, Dušek, 1990, s.129).

Zmíněný autor zdůrazňuje i dynamičnost těchto příčin, zpočátku začínají mladí lidé se zneužíváním drog z pouhé zvědavosti, jindy napodobují nějaký vzor nebo jsou k tomu svedeni. První zážitky vedou ke sblížení s partou, která se stává oporou a útočištěm nejednoho mladého člověka. V této době se jedinec dovede ještě opanovat. Postupně se však užívání drog stává potřebou až nevyhnutelností a mění se v závislost. (Janík, Dušek, 1990, s.130).

Při vzniku toxikomanie je nutno zdůraznit i některé zvláštnosti sociálního prostředí. Popisují se i tzv. riziková povolání, kde riziko setkání s drogou je značné. Sem patří především zdravotnictví i umělecká a vědecká povolání. (Janík, Dušek, 1990, s.130).

Často je uváděno zneužívání nejrůznějších chemických látek ve věznicích a nápravných zařízeních. Drogy se tam pašují různými důmyslnými cestami a i složitá opatření tomu nemohou zabránit. Tento problém je palčivý, i když běžný na celém světě. (Janík,Dušek, 1990, s.130).

I kriminalita je s toxikomanií často nerozlučně spjata, nejeden trestný čin byl spáchán pod vlivem alkoholu nebo drogy. Kriminologické studie uvádějí, že jde o trestné činy násilné povahy, které se někdy vyznačují zvláště surovým provedením. Do popředí vystupuje agresivita, bezohlednost, bezcitnost, které nejednou končí vraždou. Trestnou činností se získávají prostředky k zakoupení drog. (Janík,Dušek, 1990, s.130).

#### **2.2.4 *Provokující a vyvolávající činitelé***

Vliv drogy na osobnost v určitém prostředí a čase se může aktualizovat nebo urychlit negativními prožitky a událostmi.

Mohou to být konflikty v zaměstnání, v rodině, v partnerských vztazích. Zvláště závažným podnětem může být ztráta či odloučení od osoby či osob pro život důležitých nebo nepostradatelných, např. úmrtí v rodině nebo rozvod rodičů. (Riesel,1999, s.22).

Zvláště významným spouštěcím faktorem může být tlak společenské skupiny na jedince, aby užíval drogy. Ten bývá vyvíjen v kolektivech spoluzaměstnanců (alkohol) a ve společnosti či partách mladistvých (kouření cigaret, zneužívání nealkoholických drog). (Riesel,1999, s.22).

## **2.3 Přehled a rozdělení drog zneužívaných v ČR**

***Drogy nealkoholového typu dělíme do několika skupin:***

- 1. OPIÁTY (omamné látky)**
- 2. KONOPI (Cannabis)**
- 3. TLUMIVÉ LÁTKY**
- 4. STIMULAČNÍ LÁTKY**
- 5. HALUCINOGENY**
- 6. TĚKAVÉ LÁTKY**

### **2.3.1 Opiáty (omamné látky)**

Nejrozšířenějšími drogami na celém světě jsou skupiny opiátů. Jde o alkaloidy obsažené ve ztuhlé šťávě z nezralých makovic. Jejimi představiteli jsou:

- **MORFIN**
- **HEROIN** („herák“, „háčko“)
- **KODEIN** („káčko“)
- **BRAUN** („béčko“, „špína“ – směs derivátů kodeinu)

Vyskytují se ve formě prášku (barvy bílé až hnědé), tablet (léky s obsahem opiátů, kodein), ampule (roztoky) či jako tekutiny (hnědě zbarvený „Braun“).

Opiáty navozují zneklidnění, uvolnění, bezstarostnost, příjemné prožitky, snižují a odstraňují bolesti, navozují celkový duševní a tělesný útlum. Užívány jsou kouřením, šňupáním, injekcemi (většinou nitrožilně). Po požití drogy se objevují tyto příznaky: stav omámení, poruchy pohybové koordinace, zpomalené reakce, zúžení zornic („špendlíková hlavička“). Při chronickém užívání je výtok z nosu, vodnaté oči, bledá kůže, vyhublost, stopy po vpichu (velmi často zanícené). (Beran, 1995, s.5).

**RIZIKA:** *nejzávažnějším rizikem je možnost předávkování, které může skončit smrtí. Vzniká velmi rychle psychická a tělesná závislost s těžkými abstinenčními příznaky, které se mohou objevit velmi rychle (již za několik hodin po odeznění účinku drogy). Osobnost*

degraduje, upadá, objevuje se ztráta zájmů, časté je kriminální jednání (krádeže, agresivita), muži trpí poruchami potence, ženy poruchami menstruace. Jsou vážná poškození mozku, jater, záněty žil. Také je velmi velké riziko infekce (žloutenka, AIDS) při vzájemném půjčování nesterilních jehel a stříkaček. (Beran, 1995, s.5-6).

### 2.3.2 KONOPI (Cannabis)

Představiteli jsou :

- **MARIHUANA** („marijánka“, „tráva“)
- **HAŠIŠ** („haš“)

Obě drogy jsou produktem rostliny cannabis sativa indica, tj. indického konopí. Vyskytují se ve formě listů, semínek, kousků tmavohnědé pryskyřice (hašiš), jako tmavá olejovitá tekutina (hašišový olej), někdy jsou ve formě různých cukrovinek nebo pečiva.

Účinky jsou odlišné – od mírné euforie (povznesené nálady), až po halucinace (nejčastěji zrakové). Užívají se buď kouřením („joint“ – cigareta nebo smotek, nebo v dýmce – hašiš), nebo ústy (cukrovinky nebo pití odvarů – „čajíčky“). Po užití se objevuje nepřirozená veselost, rozjařenost, jsou zarudlé oči, rozšířené zornice, zrychlený puls, zvýšená chuť k jídlu, pot páchne po spáleném listí nebo trávě. (Beran, 1995, s.6,7).

**RIZIKA:** zhoršení postřehu a koncentrace a prodloužení reakčního času po intoxikaci (nebezpečí dopravních nehod). Při chronickém užívání: vznik psychické závislosti, poruchy nálady, „flashbacky“ (opakované prožitky účinku drogy bez jejího nového použití, a to i za delší dobu (měsíce) po poslední zkonsumované dávce), poruchy paměti, chronické záněty sliznic a spojivek, neplodnost, riziko poškození plodu, poruchy imunity (obranyschopnosti organismu), porucha krvevotvorby, rakovina plic.

### 2.3.3 TLUMIVÉ LÁTKY

Jedná se o pestrou skupinu látek. Zahrnujeme sem:

- **SEDATIVA** (léky na zklidnění, např. Bellaspón)
- **ANXIOLYTIKA** (léky proti úzkosti, např. Meproamat, Diazepam)
- **NEOPIÁTOVÁ ANALGETIKA** (léky proti bolesti, např. VALORON)

- **BARBITURIÁTY** (např. Fenobarbital)
- **HYPNOTIKA** (tj. léky na „spaní“ Rohypnol, Noxyron)

V distribuci jsou jako různobarevné tablety, draže, kapsle, ampule. Navozují pocit uvolnění, ve vyšších dávkách celkový tělesný a duševní útlum. Užívány jsou buď ústy (tablety) či injekcemi. Po požití je patrné zpomalené myšlení, setřelá a zpomalená řeč, „knedlíkovitý jazyk“, otupělost, ospalost, apatie, náladovost, opilý vzhled. (Beran, 1995, s.7,8).

**RIZIKA:** vznik psychické a tělesné závislosti, možnost předávkování s následnou těžkou otravou, bezvědomím, smrtí. Při náhlém vysazení je riziko epileptických křečových záchvatů (hrozí zvláště u barbiturátů). Při chronickém užívání jsou bolesti hlavy, deprese, úzkost, agresivita. (Beran, 1995, s.7,8).

#### **2.3.4 STIMULAČNÍ LÁTKY**

Patří sem:

- **KOKAIN** („koks“)
- **„CRACK“** (koncentrovaná směs vzniklá z kokainu, jedlé sody a vody v krystalické formě, určená ke kouření)
- **ANFETAMIN = PSYCHTON**
- **PERVITIN = METAMFETAMIN** („péčko, „perník“, „piko“)
- **EFEDRIN**
- **MDMA** („Ecstasy“ – extáze)

Preparáty snižují chuť k jídlu tzv. „anoretika“ – FERMETRAZIN, MIRAPRONT, DEGONAN). Jsou ve formě různobarevných tablet, prášku (nejčastěji bílý) nebo krystalků („crack“).

Mají povzbuzující účinek na tělesnou i duševní činnost, zvyšují bdělost, snižují a odstraňují únavu a chuť k jídlu. Při vyšších dávkách se objevuje úzkost, neklid, překotná činnost, nespavost, mravenčení a svědění (pocit hmyzu pod kůží – kokain), objevuje se vztahovačnost, nadřazenost, náladovost, agresivita. Po odeznění účinku drogy je vyčerpání, hlad, spánek, deprese. (Beran, 1995, 7,8)  
Užívají se kouřením, šňupáním, injekcemi. Po požití se objevuje pocení, sucho v ústech, zvýšený krevní tlak, neklid, roztřesenost, rozšířené zornice, chronická rýma provázená výtokem nebo krvácením z nosu.

**RIZIKA:** vznik výrazné psychické závislosti (nedochází ke zvyšování dávek, ale droga je užívána častěji, jsou pocity pronásledování („stihomam“), jsou poruchy paměti, agresivita, halucinace. Při velkých dávkách srdeční selhání a smrtelné otravy při předávkování. (Beran, 1995, s.8,9).

### **2.3.5 HALUCINOGENY**

Halucinogeny máme buď:

#### **SYNTETICKÉ**

- LSD („Kyselina“, „acid“)
- „TRIP“ (směs halucinogenů, nejčastěji obsahuje LSD)

#### **PŘÍRODNÍ**

- Mescalín
- Psilocybin (látky obsažené v některých kaktusech, houbách, rostlinách)

V distribuci jsou jako malé papírové čtverečky („lízátka“) napuštěná tekutinou nebo gelem s drogou (LSD), dále jako tekutina (čaje, odvary z přírodních drog), nebo v tabletách, kapslích.

Způsobují poruchy vnímání různých smyslů, zejména halucinace (vnímání neexistujících podnětů, věcí). Někdy mají příjemný obsah, jindy naopak děsivé, nepříjemné, změněné prožívání reality včetně vlastní osoby, jsou změny nálady. Užívají se ústy.

Užití halucinogenů signalizují rozšířené zornice, zrychlený puls, zrudnutí v obličeji, někdy zvýšená tělesná aktivita. (Beran, 1995, s.9,10).

**RIZIKA:** vznik psychické závislosti, poruchy sebeovládání, riziko přetrvávání psychické poruchy nebo její provokace (např. chorobná vztahovačnost – paranoidita). Objevují se „FLASHBACKY“, po odeznění účinku drogy někdy přetrvávají depresivní stavy s rizikem sebevražedného chování. (Beran, 1995,s.9,10).

### **2.3.6 TĚKAVÉ LÁTKY**

Jde o různé chemické látky – nejčastěji organická rozpouštědla, ředidla, lepidla, čistící prostředky (např. **TOLUEN**, **TRICHLORETYLEN**, ale i **BENZIN**). V distribuci jsou ve formě roztoků v lahvích, plechovkách, tub s lepidly či spraye. Účinky se projevují psychickým útlumem, spavostí, oblužeností, poruchami vnímání (halucinacemi). Užívají se inhalací (čicháním, vdechováním) výparů, snaha o jejich koncentraci vede k inhalacím o omezeném prostoru (pod dekou, nasazování igelitových sáčků na obličej apod.). (Beran, 1995,s.10).

Užití těkavých látek signalizuje chemický zápach z úst, dechu, šatů, je opilé vzezření, zasněnost, zarudlé oči, rozšířené zornice, vyrážka a poleptání kolem stopy chemikálií na rukou a oděvu. (Beran, 1995,s.10).

**RIZIKA:** Nejzávažnějším rizikem je možnost předávkování s následnou těžkou otravou, končící někdy úmrtím (útlum dýchacího centra). Při chronickém užívání jsou poruchy orgánů (jater, mozku, plic a krve) a funkční poruchy (zhoršení paměti, zvýšená únava). Na některé těkavé látky vzniká psychická závislost. (Beran, 1995,s.10,11).

**Mezi látky, na které vzniká závislost, patří dále i alkohol, kofein, tabák – (alkoholismus, kofeinismus, tabakismus).** (Beran, 1995,s. 11).

**Tyto látky jsou tzv. společností tolerované, ale také mají své následky, které se oproti drogám projevují trochu později, ale na mladý lidský organismus mají také velice špatné a dlouhodobé následky a prognózy.** (Beran, 1995,s. 11).

### **3 ZÁVISLOST NA DROGÁCH JAKO AKTUÁLNÍ SPOLEČENSKÝ PROBLÉM**

#### **3.1 Možná řešení a prevence**

Proti drogám, které škodí jednotlivci i společnosti, se musí všichni lidé spojit a snažit se o snížení jejich dostupnosti a snížení poptávky po nich. Nikdo a nic nás před škodlivým vlivem drog neochrání, nejsou vyvinuty žádné protilátky proti drogám a žádný „protidrogový inzulin“ zřejmě nikdy nebude vyvinut. Budeme se muset patrně již nyní připojit k mezinárodním preventivním programům a vytvořit i náš vlastní. Spolu se mnou mnozí věří a ví, že preventivní programy jsou účelné a užitečné, vždyť právě v této oblasti je včasná prevence daleko efektivnější než pozdní léčba. Celospolečenské preventivní programy již přinesly svůj hmatatelný úspěch. Změnily se např. výživové stereotypy Finů a snížila se jejich úmrtnost na srdeční infarkt. V USA a v Anglii klesl počet kuřáků, a tím i výskyt zhoubných nádorů plic. Ve Francii se podařilo snížit konzumaci alkoholu, a tak klesla úmrtnost na cirhózu jater u mužů. Proč by se nám neměla dařit prevence zneužívání drog? Přáním některých autorů sci-fi románů bylo vyvinout takovou drogu, která by přinášela euforii a neškodila by. (Riesel, 1999, s. 45). Dnes víme, že to není uskutečnitelné, že drogy žádný užitek nepřinesly, že žádná bezpečná droga neexistuje a že se musíme chránit sami včas tím, že se drog programově vzdáme.

Pokud bychom ***nešli cestou intenzivní prevence a nebrzdili expanzi užívání drog, ani represe nebude účinná.*** (Riesel, 1999, s. 46).

Cílem prevence je snížit škody působené návykovými látkami. K takovým to škodám patří, jak je známo, nejen vznik závislosti na návykových látkách, ale i intoxikace, úrazy, četné zdravotní komplikace atd. Cílem není předat maximum informací bez ohledu na to, jak budou použity. Účinná prevence má ovlivnit chování ve smyslu podpory zdraví.



Preventivní strategie se dělí do **dvou skupin**: **snížování nabídky** (menší dostupnost návykových látek) a **snížování poptávky** (menší zájem o návykové látky). Tyto přístupy nejenže se nevylučují, ale naopak se vzájemně posilují. (Nešpor,Csémy,1996,s.20).

Za prevenci se někdy vydává téměř cokoliv. Avšak i dobře míněné akce nemusí mít pozitivní efekt. Dokonce mohou působit škodlivě. Např. přednáška pro dospívající někdy ještě vzbudí jejich zájem a chuť experimentovat s drogami. Jakákoliv jednorázová akce nemůže nahradit systematickou a soustavnou preventivní práci. V USA prošly preventivní strategie zajímavým vývojem. Historicky nejstarší strategie, jako zastrasování, emoční apely nebo neosobní věcné informování se ukázaly neúčinné při ovlivňování chování v pozitivním směru. Nabízení pozitivních alternativ je účinné u osob se zvýšeným rizikem. O jaké alternativy se bude jednat, záleží na specifickém individuálním znevýhodněním (např. duševní porucha, rodinný problém, životní styl, specifické profese atd.). U normální populace dospívajících (tedy populace se středním rizikem) je nutnou součástí účinného preventivního programu aktivní účast předem připravených vrstevníků (peer programy). (Nešpor,Csémy,1996,s.20).

### **3.2 Stádia vývoje patologické závislosti na drogách**

Každá společnost si pro svou ochranu vytváří určité normy, které sankcionují nežádoucí chování. Takové zákazy formuluje naše civilizace i ve vztahu k nealkoholovým drogám, s nimiž neumí společnost dobře zacházet, nezná hranice jejich rizika, nestaly se součástí této kultury. Riziko sankcí i jistá sociální stigmatizace sice do určité míry posilují tendenci mladých lidí okusit zakazovanou drogu. Avšak riziko, které by vzniklo po uvolnění těchto sankcí, se jeví ještě větší. I když na tuto otázku nepanuje ani mezi odborníky jednotný názor, domníváme se, že např. snadnost vytvoření závislosti na tzv. tvrdých drogách účelnost současného přístupu potvrzuje. (Vágnerová,1999, s.296).

Návyk užívat drogu, resp. proces závislosti na ní, je procesem komplexní proměny k oblasti somatické, psychické i sociální. Někdy se v této souvislosti mluví o učení v bludných kruzích, které lze volně interpretovat takto (Netík a kol., 1991, s.16):

***Droga má určité fyziologické a psychické účinky, které jejího konzumenta vedou k opakovanému užití.*** Droga sice vyvolává žádoucí pocity, ale je třeba stále větší a častější dávky, protože organismus získává stále větší toleranci. Čím delší je užívání (tzn. čím větší a častější dávka), tím více se mění různé psychické i fyziologické vlastnosti. Postupně dochází k narušení autoregulace. Člověk není schopen přestat. Obrannou reakcí je racionalizace abúzu a identifikace se subkulturou drogově závislých.

Tento proces posilují sociální důsledky užívání drogy, negativní reakce a odmítání, které postupně zatlačuje konzumenta do sociálně stigmatizující ***role narkomana***. Závislý člověk nemá sílu, a mnohdy ani motivaci, se z tohoto kruhu dostat. (Vágnerová, 1999, s. 299).

***Drogová závislost*** vzniká postupně, ale mnohem ***kratší dobu než závislost na alkoholu***. Proces vzniku závislosti lze rozdělit do 4 etap (Netík a kol., 1991,) viz cit. dle Vágnerové, 1999, s. 299).

## ***Proces vzniku závislosti a její stádia***

### ***3.2.1 Stadium experimentování***

Primární impuls k experimentování s drogou může vycházet z ***nudy***, zvědavosti, touhy po něčem neobyčejném, vzrušujícím a, pokud možno, tabuizovaném, protože v této oblasti lze dokázat svou nezávislost na autoritách. Tendence zkusit drogu je posilována sociálně. Obvykle je to adolescent, kdo okusí drogu, kterou mu někdo nabídne: „Řekla jsem si proč ne, zkusit se to může.“ (Dívka závislá na droze.)(Vágnerová, 1999, s.299).

Značnou roli v této situaci hraje ***sociální model***, vzor lidí, kteří drogu užívají a jsou pro adolescenta atraktivní.

Naslouchají mu, akceptují jej, on si s nimi rozumí a nechce je ztratit. J.Presl (1994) uvádí, že nejčastějšími distributory drog jsou spolužáci, nikoli cizí osoby. Do určité míry jde také o módu; moralizování dospělých nemůže po touze po takové zkušenosti zabránit.

Příčinou může být i **potřeba uniknout od problémů**, jež adolescent neumí nebo ani nechce řešit. (V této době si neuvědomuje, že droga nic trvale nevyřeší. Osobní potíže zůstávají a postupně k nim přibývají další, které jsou důsledkem užívání drog.) (Vágnerová, 1999, s.299).

Významnou spouštěcí situací může být **osobní nouze**, problém, s nímž si neví rady a potřebuje se s ním nějak vyrovnat. Často tehdy, když nemá nikoho, kdo by mu pomohl. Droga nabízí únik a mladý člověk ho přijme. (Jeden chlapec zkusil poprvé drogu, když odešel z domova a cítil se nejistý. Droga mu jistotu poskytla, a tím se spustil proces rozvoje návyku. Posílila se tendence užít ji jako řešení problému). (Vágnerová, 1999, s.299).

### **3.2.2 Fáze příležitostného užívání**

Člověk se naučil, že mu droga může pomoci v situaci nouze nebo nudy, a proto ji za těchto okolností používá. Návyk zatím nemá, a tak ji neužívá pravidelně. V této fázi konzument většinou tají, že drogu aplikuje. Uvědomuje si, že droga není dobrým řešením, a proto jí zapírá. Ještě mu záleží na vztazích k blízkým lidem a na jeho profesní roli (pokud ovšem nějakou má). (Vágnerová, 1999, s.300).

### **3.2.3 Fáze pravidelného užívání**

Člověk užívá drogu čím dál častěji, ale stále popírá riziko takového jednání. Nechce si připustit jeho závažnost, snaží se okolí přesvědčit, že „nedělá nic špatného“ (Dimoff a Carper, 1994). (Vágnerová, 1999, s.300).

### **3.2.4 Fáze návykového užívání**

S postupující závislostí se zvyšuje lhostejnost k čemukoli, co se netýká drog. Závislý člověk ztrácí motivaci. Už se nesnaží svůj návyk skrývat. Nemá na to čas ani energii, a navíc mu přestává záležet na mínění druhých. Ztrácí svoji profesní roli. Rozbízí vztahy s přáteli, s rodinnými příslušníky, a nevádí mu to. Stává se nespolehlivým a bezohledným. Udržuje kontakt jen s takovými lidmi, kteří rovněž užívají drogy. (Vágnerová, 1999, s.300).

Ze subjektivního pohledu a zkušenosti samotných narkomanů se jeví proces rozvoje této závislosti typický. Nyní má droga jiný význam, už nepovznáší, ale je o to víc potřebná. Člověk je na ní závislý, už se bez ní neobejde. Buď ji akceptuje jako trvalou součást svého života, anebo naopak se jí chce zbavit, protože se děsí dalšího propadu své osobnosti. (Vágnerová, 1999, s.300).

### **3.3 Primární prevence**

Zhruba od konce 50.let se **prevence** dělila na **primární** a **sekundární**. **Primární prevence má za cíl předcházet nemoci před jejím vznikem. Sekundární prevence se provádí poté, co nemoc vznikla, ale ještě před tím, než způsobila poškození.** Od šedesátých let se navíc hovoří o **terciární prevenci**. Ta se **provádí po té, co nemoc způsobila poškození, cílem terciární prevence je předejít dalším škodám** (Sameroff a Fiese, 1989). (Nešpor, 2001, s.6).

#### **Co je cílem prevence:**

Někdy se v souvislosti s návykovými látkami hovoří pouze o prevenci vzniku závislosti na nich. Takové pojetí prevence by bylo příliš úzké. Světová zdravotnická organizace místo toho hovoří o prevenci problémů působených alkoholem (nebo jinými návykovými látkami). Nejde totiž jen o to, předcházet vzniku závislosti, ale i o to, předcházet řadě dalších škod, které nejsou na závislost vázány. (Nešpor, 2001, s.6).

Příkladem mohou být dopravní nehody pod vlivem návykových látek (v praxi nejčastěji alkohol a drogy z konopí), předávkování u dospívajícího, který s drogami „pouze „ experimentuje, nebo toxické psychózy po halucinogenech, které nezřídka postihují i lidi, kteří nejsou a drogách závislí. ***Cílem prevence je tedy předcházet všem škodám působeným návykovými látkami včetně vzniku závislosti.*** (Nešpor, 2001, s.6).

### ***3.4 Řešení drogové problematiky nejvyššími orgány státní správy v ČR***

Odpovědnost za tvorbu na naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím hlavním iniciačním, poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), jejímiž členy jsou ministři různých resortů. RVKPP se setkává zhruba čtyřikrát ročně; byla ustavena 18.srpna 1993 usnesením vlády č. 446/1993 původně jako Meziresortní protidrogová komise. Její složení, působnost, jí zřizované stálé výbory a pracovní skupiny a úkoly sekretariátu definuje statut a jednací řád naposledy aktualizovaný v března 2003 usnesením vlády č. 296. Činnost RVKPP zajišťuje její sekretariát, který je organizační součástí Úřadu vlády ČR. Usnesením vlády č. 643/2002 bylo v sekretariátu zřízeno Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS). To je pověřeno zejména sběrem, analýzou a distribucí dat a vydáváním Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR. (Mravčík,et al. 2004,s.3).

Koordinaci aktivit na místní úrovni zajišťuje síť 14 krajských koordinátorů. Postavení koordinátorů, jejich kompetence a pracovní kapacita se mezi kraji výrazně liší. Kromě implementace národní protidrogové politiky kraje v různé míře vytvářejí a realizují vlastní strategie a plány protidrogových opatření . Přes přetrvávající různorodost jejich přístupů v řadě dílčích aspektů dochází k harmonizaci jejich politik.

Nejvýznamnějším počinem v legislativní oblasti v roce 2003 byl návrh rekodifikace trestního zákona (TZ) projednávaný vládou. Ten má mj. definovat i rozdělení drog podle jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti a v návaznosti na jejich kategorizaci zavádět rozlišení postihu za jejich držení. Dne 30.08.2003 nabyl účinnosti zákon č. 223/2003 Sb., kterým se mění zákon č.167/1998 Sb., o návykových látkách. (Mravčík, et al. 2004,s.3).

### ***Diskuse a iniciativy v parlamentu a občanská společnost***

Žádná z parlamentních politických stran, včetně opozičních, nezaujala k drogové problematice jednotný postoj. V politické diskusi převládala rétorika posouvající debatu do zjednodušujících rovin. Politici si tvořili postoje k problému drog spíše na základě osobních názorů, než na základě „stranické disciplíny“ či výzkumu. (Mravčík, et al. 2004,s.11).

V r.2004 akreditovala 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze nový bakalářský obor adiktologie. Cílem studia je vybavit absolventy potřebnými teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi potřebnými pro práci v oblastech prevence, léčby, následné péče, probační a mediační práce, penitenciární a postpenitenciární péče apod. ve vztahu k návykovým látkám a závislostnímu typu chování. Absolventi pak najdou uplatnění v širokém spektru služeb určených nejen uživatelům drog. (Mravčík, et al. 2005, s.10,11).

## **4 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **4.1 Možnosti léčby drogově závislých v ČR**

#### **Léčba**

***Závislostí na užívání drogy se nemůže narkoman zbavit sám, potřebuje pomoc odborníků.*** Radu i pomoc poskytují střediska pro drogově závislé, která mohou tito lidé sami navštívit, aniž by riskovali, že budou někde registrováni nebo perzekvováni. K.Nešpor (1995) zdůrazňuje význam co nejčasnější pomoci jak konzumentovi drog, tak jeho rodině. K tomuto účelu slouží linky důvěry, kontaktní centra apod.

Pro léčení drogově závislých existuje možnost léčby na specializovaném oddělení psychiatrické léčebny, v různých terapeutických komunitách aj. Nejdůležitější podmínkou je ***motivace závislého člověka***, jeho vůle s drogou přestat. Bez ní nelze dosáhnout žádoucího efektu. (Vágnerová, 1999, s.308).

#### **4.1.1 Léčba ve státních a nestátních zařízeních**

Ústavní léčba má proti ambulantní dvě základní výhody. Tou první je bezpečnější prostředí, kde je nepřetržitě k dispozici odborná péče, kde je podstatně nižší dostupnost návykových látek a kde je méně „spouštěčů“, nežli v pacientově přirozeném prostředí. Druhou pak je možnost zorganizovat intenzivnější program, než při ambulantní léčbě. (Nešpor,Csémy, 1996, s. 114).

Za indikaci k **ústavní léčbě** se považují zejména následující okolnosti:

- Stavy, u kterých je nutné nepřetržité nebo průběžné sledování zdravotníky.
- Těžké emoční a behaviorální problémy.
- Vysoká rezistence vůči léčbě bez ohledu na důsledky počínajících problémů, což vyžaduje intenzivní práci na motivaci.

- Neúspěšnost ambulantního léčení. Ústavní léčba často přeruší bludný kruh návykového chování, dalších problémů a dalšího návykového chování. (Nešpor,Csémy, 1996, s. 114).
- Nebezpečné anebo nevhodné přirozené sociální prostředí pacienta.
- Léčba je nařízena soudem nebo okresním úřadem. V případě ochranných protialkoholních nebo protitoxikomanických léčeb nařízených soudem nesmí zdravotnické zařízení pacienta propustit bez předchozího souhlasu soudu. Stávající nevyhovující legislativa nutně vede k tomu, že řada zařízení není ochotna tyto pacienty přijímat k ochranné léčbě a zařazuje je do poradníků. Pokud se takový pacient dostane do těžkého stavu (např.psychóza) nebo sám projeví o léčbu zájem, je nutné nebo vhodné ho přijmout. V tom případě ovšem nepovažujeme jeho léčení za ochranné, ale za dobrovolné.S pacienty léčenými z rozhodnutí okresních úřadů, jichž není mnoho, většinou v ústavní léčbě zdaleka tak velké problémy nebývají. (Nešpor,Csémy, 1996, s. 114).

***Včas a dobře indikovaná ústavní léčba může předejít rozbití sítě sociálních vztahů i zdravotním škodám v důsledku těžké recidivy.*** (Nešpor,Csémy, 1996, s. 114).

Mezi ústavní a ambulantní léčbou ovšem nejsou ostré hranice. Řada lůžkových zařízení nabízí v závěru léčby pacientům denní stacionář, aby jim usnadnila přechod do přirozeného životního prostředí, a tato zařízení doplňují následné ambulantní léčení socioterapeutickými kluby a podobnými akcemi. Stacionáři disponují i některá zařízení ambulantní. Je velmi důležité, aby spolu lůžková a ambulantní zařízení dobře komunikovala a úzce spolupracovala v zájmu pacientů. (Nešpor,Csémy, 1996, s. 114).

#### ***4.1.2 Psychoterapie v léčbě závislosti***

Psychoterapie se právem považuje za podstatnou část léčebných programů pro lidi závislé na návykových látkách. Hovoříme-li o psychoterapii, je třeba mít na paměti, že existují velmi odlišné psychoterapeutické směry a formy psychoterapie. (Nešpor,Csémy, 1996, s.74).



K psychoterapii se také řadí rodinná terapie, využívání relaxačních technik nebo terapeutická komunita.

V literatuře se uvádí, že kognitivně-behaviorální postupy bývají při léčbě závislostí často účinnější nežli psychoterapie dynamická. (Nešpor, Csémy, 1996, s.74).

Většinou se také používá spíše skupinová psychoterapie než terapie individuální (větší otevřenost členů v dobře pracující skupině závislých a skupinový tlak ke změně). To ostatně řada zkušených terapeutů v této oblasti vycítila a podle potřeby používá různé postupy u různých pacientů. (Nešpor, Csémy, 1996, s.74).

#### **4.1.3 Posilování motivace**

Motivace je někdy vnímána jako něco daného, co pacient buď má, nebo nemá. Považujeme naopak za správné motivaci k účinné léčbě a ke změně vytvářet a průběžně udržovat. Techniky posilování motivace pocházejí zejména z USA (Miller a spol.,1992). Základní principy této techniky zahrnují:

- Schopnost projevovat pacientovi respekt, naslouchat mu a komunikovat porozumění jeho problémům. Někdy se v této souvislosti hovoří o reflexivním naslouchání. Terapeut klade otázky, které se týkají jeho problémů a s návykovou látkou (zdravotních, duševních, finančních, pracovních, rodinných atd.), jeho možností, plánů, životních cílů. Je také správně komunikovat pozitivní zpětnou vazbu, týkající se pokroků v léčbě, pacientových schopností atd..(Nešpor, Csémy, 1996, s. 75).
- Pomoci klientovi si uvědomit rozpor mezi tím, jak žije a jak by žít chtěl. Toho lze dosáhnout vhodnými otázkami, případně určité skutečnosti nekonfrontativně připomenout.
- Terapeut se ovšem s pacientem rozhodně nehádá a respektuje okolnost, že určité obrany v určité fázi léčby není účelné atakovat.

- Takzvaný „odpor“ z pacientovi strany terapeut nekonfrontuje, ale využívá. Ambivalence je pojmána jako pochopitelná a otevřeně se o ní hovoří. Terapeut ji může reflektovat, může ji nadsadit, může poukázat na ambivalenci pacientových úmyslů, může rezistenci prostě přijmout nebo změnit vztahový rámec (např. jestliže někdo tvrdí, že má stresující povolání, kvůli kterému se uchyluje k návykové látce, lze poukázat na to, že právě při takovém povolání by zasluhoval něco lepšího nežli další tělesnou a duševní zátěž způsobenou návykovou látkou). (Nešpor, Csémy, 1996, s.75). V tomto bodě má posilování motivace blízko k technikám strategické terapie. S motivací se pracuje průběžně a do léčby se včleňují konkrétní kroky, jak dosahovat pozitivních životních cílů a zvýšit soběstačnost.
- Terapeut podporuje soběstačnost a důvěru ve vlastní možnosti se na pozitivní změně podstatným způsobem podílet. (Nešpor, Csémy, 1996, s.75).

#### **4.1.4 Léčba v terapeutické komunitě (TK)**

K prvnímu pokusu založení toho, co později pojmenoval Main terapeutickou komunitou, došlo ve Velké Británii v roce 1941. W.R.Bion, veterán první světové války, který velel britským tankům v první tankové bitvě v dějinách, převzal nemocniční oddělení v Northfieldu s množstvím demoralizovaných a nedisciplinovaných neurotických vojáků. Bion jim oznámil, že nehodlá za jejich chaotické jednání přebírat zodpovědnost, byl však ochoten hovořit s těmito vojáky, kteří za ním přišli čistě a předpisově oblečení. Dále prosazoval zásadu otevřené komunikace. Ze zkušeností v zařízení v Northfieldu ovšem mohli těžit další, jako Main nebo i nejznámější průkopník terapeutických komunit Maxwell Jones. Později se ukázalo, že dobře fungující terapeutická komunita je užitečná v léčbě nejrozličnějších duševních problémů, včetně závislostí na návykových látkách. (Nešpor, Csémy, 1996, s. 96).

Principy TK shrnul Kratochvíl (1979) následovně:

- Aktivní podíl pacientů na léčení.
- Vytvoření dobré obousměrné komunikace na všech úrovních, tedy mezi pacienty, mezi pacienty a týmem i uvnitř terapeutického týmu.

- Zvýšená rovnoprávnost v rozhodování.
- Kolektivnost.
- Sociální učení, při kterém dostává člen komunity rychlou zpětnou vazbu o tom, jak jeho chování působí na druhé. (Nešpor, Csémy, 1996, s. 96).

**Terapeutické komunity pro léčbu závislostí mají navíc určité zvláštnosti. K ni patří:**

- Vnitřní diferenciacie komunity. Členové komunity, kteří jsou v déle a osvědčili se, získávají ve srovnání s nováčky řadu výhod, jež se týkají propustek, návštěv, nebo míry soukromí. Na druhé straně se od nich zároveň očekává větší zodpovědnost a aktivnější podíl na léčbě ostatních.
- Většina terapeutických komunit pro závislé má jasná, všeobecně známá a prosazovaná pravidla. Většina komunit je „drug free“, tedy není povoleno do komunity přinášet alkohol nebo drogy. Závažné porušení pravidel znamená ukončení léčby, méně závažné dočasný pokles v hierarchii komunity na nižší stupeň s menší mírou výhod nebo jiné znevýhodnění.
- Z uvedeného vyplývá, že dlouhodobá léčba v terapeutické komunitě, ač účinná, není přijatelná pro všechny závislé. Část z nich do takové léčby ani nenastoupí a část léčbu v komunitě předčasně ukončuje. (Nešpor, Csémy, 1996, s. 96, 97).

#### **4.1.5 Mírnění škod (postupy typu „harm reduction“)**

Tyto postupy získaly na významu zejména v souvislosti s epidemií HIV/AIDS. Jejich základní myšlenkou je zhruba toto: Jestliže není možné, nebo realistické nabízet pacientovi léčení zaměřené na abstinenci od návykových látek, snažíme se alespoň mírnit škody, které pokračující užívání drog nebo alkoholu s sebou přináší. Další výhodou těchto programů je to, že se někdy podaří navázat s klientem dobrý terapeutický vztah a on je později ochoten přijmout nějakou formu intenzivnější léčby. (Nešpor, Csémy, 1996, s.116).

Mírnění škod („harm reduction“) zahrnuje některé postupy, např. substituční léčbu u závislých na opiátech. Dále sem patří to, že se závislým na drogách zdarma poskytují čisté injekční stříkačky a jehly, aby se snížilo riziko, že si budou jehly půjčovat a šířit tak HIV a hepatitis. Z podobných

důvodů se nabízí závislým na drogách zdarma dezinfekce, prezervativy nebo velmi přístupně psané tištěné instrukce.

Některá zařízení tohoto typu dávají i lehké jídlo, poskytnou krátkodobé přístřeší, možnost osprchovat se, sociální pomoc, poradenství, týkající se různých oblastí.

Výrazem, s nímž se lze v této souvislosti setkat, je „outreach“, což lze volně přeložit jako „přesahování“ neboli aktivní práce s obtížně kontaktovatelnou částí populace problémových uživatelů návykových látek. V praxi to znamená, že terénní pracovník nabízí hygienické potřeby, jehly a injekční stříkačky, prezervativy anebo tištěné materiály s relevantními informacemi mimo zdravotnické zařízení. Někdy se k takové práci využívají i závislí na drogách, a to i v případě, že neabstínují, protože mohou mít lepší přístup ke „skrytým populacím“. Zkušenosti s tímto typem práce má u nás pražské K-centrum. (Nešpor, Csémy, 1996, s.116).

## **5 NÁVRATY (RESOCIALIZACE) DROGOVĚ ZÁVISLÉHO**

### **5.1 Somatické důsledky závislosti**

Závislost, která vede k nadměrnému užívání psychoaktivních látek, poškozuje člověka biologicky, psychicky i sociálně.

Závislost na psychoaktivních látkách může primárně či sekundárně poškodit somatické zdraví jedince (např.změnu životního stylu, nerespektování hygienických pravidel při nitrožilní aplikaci atd.). Může jít např. o poškození centrální nervové soustavy, jater, ledvin, zažívacího traktu, cév, je zvýšené riziko infekce hepatitidy a HIV atd. (Robin a Michelson,1988).

Vlivem užívání psychoaktivních látek se negativně změní i zevnějšek člověka (droga může mít anoretické účinky, což se projeví nápadným vyhubnutím, nitrožilní aplikace vede k devastaci žilního systému, vpichy se mohou změnit v abscesy apod.). Závislý člověk celkově tělesně chátrá a

přestává o sebe dbát, neudrží hygienu apod. Takováto změna nakonec ovlivní i jeho sebevědomí.

Mladá dívka aplikující si nitrožilně heroin ukazuje absces na noze a komentuje to: „...už bych nemohla na striptýz, tak vidíš, co se se mnou stalo“. (Vágnerová, 1999, s. 303).

## 5.2 Psychické důsledky závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách mění psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu celou osobnost závislého jedince. Dlouhodobé užívání takových látek může vytvořit tzv. **organický psychosyndrom**, změny osobnosti vyvolané poškozením mozku.

- **Emoční prožívání je deformováno**, citové reakce nejsou vždy přiměřené vyvolávajícímu podnětu. Závislý člověk bývá labilnější, dráždivější, se sklonem k extrémním citovým prožitkům (ať už jde o změnu emocí pod vlivem užívání drogy nebo projev abstinenčního syndromu). (Vágnerová, 1999, s. 303).
- **V kognitivní oblasti** dlouhodobé užívání psychoaktivní látky zhoršuje schopnost koncentrace pozornosti, paměťové funkce a nakonec může vést až k demenci.
- Užívání psychoaktivních látek mění **aktivační úroveň**. Pod vlivem drogy může být člověk buď extrémně aktivizován (např. po použití pervitinu), nebo je naopak neschopen jakékoliv aktivity. Útlum může nastat pod vlivem drogy (např. heroinu, toluenu apod.), nebo naopak závislý člověk drogu potřebuje, aby se vůbec aktivizoval. (Vágnerová, 1999, s. 303).
- Závislý člověk má jinou **hierarchii hodnot**, která ovlivňuje i jeho autoregulaci. Nemá dostatek vůle k překonání potíží, s nimiž je užívání drogy spojeno. Nebývá schopen potřebného sebeovládání, i když by si přál dávku alespoň nezvyšovat. Student závislý na pervitinu říká: „*Já prostě vždycky, když si dám, tak si řeknu, že jsem udělal šílenou hovadinu*“. (Šíkl, 1995). Po určité době za své jednání přestává pociťovat vinu, jediným cílem se stává droga. K úspěšné léčbě je důležitá motivace, bez ní nelze dosáhnout žádoucího efektu.

- Návyk na drogu mění **životní styl**. Výrazně jej ochuzuje, takže se nakonec stává značně zredukovaným stereotypem. Život závislého člověka je naplněn aktivitou zaměřenou na získání drogy, její užití a opakování těchto činností stále dokola. (Vágnerová, 1999, s. 304).
- **Závislému člověku nakonec zbývá jen droga**, všechno ostatní ztratil, zmizelo, přestalo mít svůj význam. **Člověk závislý na droze nemá budoucnost**, neplánuje ji, neuvažuje o ní, nechce o ní nic vědět, je soustředěn na přítomnost. (Vágnerová, 1999, s. 304).
- **Osobnost závislého postupně upadá**. Dochází k mnoha závažným změnám, např. k psychopatizaci osobnosti, k úbytku schopností apod. Někdy si člověk svůj úpadek uvědomuje, zhoršuje se jeho sebehodnocení. Ale ani v těchto případech nebývá schopen aktivní obrany, má pocit, že se už nedá nic dělat, přežívá ze dne na den, bez vyhlídky na budoucnost. (Vágnerová, 1999, s. 304).
- **Poruchy psychotického charakteru** vznikají jako následek nadužívání psychoaktivní látky. Jejich typickými příznaky jsou poruchy vnímání, halucinace, bludy, narušení citového prožívání, objevují se neadekvátní emoce (např. silná úzkost) a poruchy psychomotoriky (např. ztuhnutí) (Mareček, 1999; Smolík 1996).
- **Amnestická porucha**, která se projevuje zhoršením paměti, a **demence** (objevují se relativně brzy u čicháčů organických rozpouštědel) (Smolík, 1996; Mareček 1996). (Vágnerová, 1999, s. 304, 305).

### 5.3 Sociální důsledky drogové závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách má významné sociální důsledky, které často vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí.

Závislý jedinec **přestává respektovat příslušné normy**, neplní svoje povinnosti, přestává chodit do zaměstnání nebo do školy.

**Mění se jeho vztahy s lidmi**. Chování závislého člověka je pro jeho okolí většinou nepřijatelné. Pod vlivem změny své hodnotové orientace (kde získává nejvýznamnější postavení droga), přestávají mít ostatní hodnoty svůj význam. (Vágnerová, 1999, s. 303).

**Závislý člověk** se stává **nespolehlivým, sobeckým, necitlivým k potřebám** ostatních lidí. **Ačkoli demonstruje svoji svobodu**, je v **základních věcech odkázán na okolí, není soběstačný**. Parazituje na rodině, protože v pokročilejší fázi není schopen pracovat, a pokud něco vydělá, utratí to za drogu. Když nemá rodinné zázemí, parazituje na společnosti.

**Hodnota drogy je pro závislého člověka tak silná**, že je pro **její získání** ochoten **krást, prostituovat** apod. Je schopen podvádět a využívat i blízké lidi. Činí to tak dlouho, dokud se tyto vztahy závažným způsobem nenaruší. Člověk závislý na droze se stává pouhou přítěží, rodina rezignuje, když vyčerpala všechny dostupné možnosti. Mnohdy závislý člověk z rodiny odchází, přebývá u podobně postižených nebo se stává bezdomovcem.

**Hlubší a kvalitnější citový vztah nevydrží**, ani když užívají drogu oba partneři. Schopnost navázat a udržet citový vztah závislost na psychoaktivní látce ničí. Droga má větší subjektivní hodnotu než všechno ostatní. (Vágnerová, 1999, s. 305,306).

Nakonec přetrvávají jen náhodné vazby se stejně postiženými lidmi. Drogově závislý devastuje a mnohdy i rozbíjí svou rodinu. (Jde obvykle o primární, orientační rodinu, protože závislí lidé bývají mladí. Ještě nestačili uzavřít manželství a založit prokreační rodinu).

Závislý člověk postupně selhává v profesní roli, není schopen pravidelně chodit do školy nebo do zaměstnání. Pod vlivem drogy bývá unaven, není schopen požadovaného výkonu, nemůže se soustředit, a navíc ztrácí motivaci k takové činnosti. Nakonec je jeho chování tak neúnosné, že je vyloučen ze školy, případně ukončen jeho pracovní poměr. Stává se nezaměstnaným a nemá ani motivaci hledat jiné uplatnění.

**Závislý člověk ztrácí většinu svých sociálních rolí, nakonec přetrvává a dominuje pouze role narkomana.**

Pro svou závislost není schopen tyto role plnit, jeho chování má pouze jeden cíl: **získat drogu a užít si ji**. (Vágnerová, 1999, s.306, 307).

## **5.4 Klinická kazuistika**

### **1 Kazuistika - ÚVOD**

Budu psát o drogově závislém jedinci, který v současné době končí léčbu své závislosti v Terapeutické komunitě v Němčicích, vrací se zpět k rodičům do Prahy a bude se snažit zařadit do společnosti. Chtěl by si najít práci a dokončit studium na střední škole. Jde o 23 letého muže Martina, který je již delší čas závislý na nealkoholových drogách. Jméno Martin je smyšlené, z lékařské dokumentace jsou vymazána tvrdá data, ale příběh je pravdivý. Vzhledem k tomu, že problematika závislostí na drogách je velice aktuální problém, je třeba o ní psát a seznámit co nejširší veřejnost a hlavně jí řešit. Důsledkem nezájmu kompetentních orgánů, absence legislativy systematicky řešit tento problém, hodnoty a zdraví, stoupá následná pouliční kriminalita, vykrádání bytů a hlavně devastace mladých lidí. Ve své práci budu používat klinickou kazuistiku.

### **2 Kazuistika - TEORETICKÁ ČÁST**

#### **Drogy všeobecně**

Lidé se vždycky snažili najít možnost uniknout z aktuální situace, dosáhnout pocitů štěstí, pohody, síly a mimořádných schopností, fantastických zážitků, inspirace. *Psychoaktivní látky*, nejprve přírodní, a později i uměle syntetizované, jim žádoucí pocity poskytovaly a poskytují. Po určitou dobu zbavují starostí, strachů a nejistoty, zlepšují sebehodnocení. Přestože se ví o nepříznivých důsledcích užívání psychotropních látek – po určité době si droga začne brát více brát, než člověku dává – lidé se jich nikdy zcela nedokázali zříci, protože přinášejí rychlé a snadné uspokojení.

V každé době a oblasti bývala jistá droga preferována a postupně v dané kultuře získala své místo. Příslušníci společnosti si na ni zvykli, do určité míry se s ní naučili zacházet, její užívání bylo tolerováno, protože se stalo tradicí. (Vágnerová, 1999, s.288).



**Jako psychoaktivní označujeme látky, které po aplikaci (např. požití, injekční aplikací, inhalací) mění psychický stav**, obvykle subjektivně žádoucím způsobem. Motivace k užívání psychoaktivních látek je různá:

- **Potřeba vyřešit problémy**, uniknout stresovým situacím a frustraci, uvolnit zábrany.
- **Potřeba dosáhnout uspokojení** nebo slasti, která není jinak dosažitelná, resp. není běžně dostupná.
- **Potřeba uniknout stereotypu**, nudě, získat inspiraci.
- **Potřeba sociální konformity**, uchování sociálních vztahů, potřeba být akceptován skupinou nebo subkulturou, v níž užívání drogy patří k standardu chování.

Důsledkem užívání psychoaktivních látek může být:

- akutní **intoxikace**;
- **závislost na užívání psychoaktivní látky**, která má různé negativní účinky. (Vágnerová, 1999, s. 288).

## **Závislost**

**Syndrom závislosti** lze definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky.

Závislost (návyk) představuje životní styl zaměřený na drogu. Závislost se může vytvořit jak na úrovni biologické, tak na úrovni psychické (Merck Manual, 1996). Závislost se projevuje **příznaky**, které musí přetrvávat po určitou dobu (12 měsíců) (DSM-IV, 1994):

- Silná potřeba získat a užívat tuto látku.
- Neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání. Závislý člověk užívá drogu ve větším množství nebo častěji, než měl původně v úmyslu a než by si přál.
- **Abstinční syndrom**, který je reakcí na snížení obvyklé dávky nebo abstinencí. (Vágnerová, 1999, s. 289).
- **Potřeba drogy je dominantní**, dochází k omezení jiných zájmů a potřeb. Závislý člověk stráví mnoho času, energie i finančních prostředků, aby získal potřebnou dávku, protože droga se stala jednou z největších hodnot jeho života.
- Potřeba užívání drogy přetrvává, přestože člověk ví o jejím škodlivém vlivu (často se o něm přesvědčil sám, uvědomuje si svoje potíže). Užívání drogy mu vadí, chtěl by je omezit, nebo dokonce přestat, ale nedokáže to (MNK-10, 1992; DSM-IV, 1994; Smolík, 1996). (Vágnerová, 1999, s. 289).

**Jednotlivé psychoaktivní látky mají různé účinky a vyvolávají různý typ závislosti:**

1. **Biologická (somatická) závislost** se definuje jako stav adaptace organismu na drogu provázený zvyšující se tolerancí (člověk k dosažení stejného efektu potřebuje stále větší a větší dávku) a projevující se při vysazení drogy abstinenčním syndromem (*Merck Manual, 1996, s. 13 až 37*).
2. **Psychická závislost** znamená potřebu užívat opakovaně nebo trvale drogu k vyvolání příjemných prožitků a k odstranění prožitků nepříjemných a zatěžujících.. Člověk má návyk užívat drogu, protože mu přináší uspokojení.

Přesné rozlišení je obtížné, mnozí autoři soudí, že na buněčné úrovni jde o jeden mechanismus (Halgin a Whitbourne, 1994). (Vágnerová, 1999, s. 289).

**Drogy nealkoholového typu dělíme na :**

- 1) OPIÁTY (omamné látky)
- 2) KONOPÍ (Cannabis)
- 3) TLUMIVÉ LÁTKY
- 4) STIMULAČNÍ LÁTKY
- 5) HALUCINOGENY
- 6) TĚKAVÉ LÁTKY.

(Podrobné dělení drog jsem již uvedla , viz – 2.3.1 až 2.3.6).

**Doporučené léčby drogových závislostí (TK, KC, léčebny atd.)**

Velmi problematické je léčení narkomanů, kde se jedná pouze o malé procento úspěšnosti. Jedním ze zhoršujících stimulů při léčení je i problém motivace narkomana.

Možno říci, že léčba rozvinutých závislostí je nejméně přínosným příspěvkem k řešení problematiky “drogy a společnost”. Jde o medicínské řešení následků něčeho, co už existuje a co představuje patologický chorobný stav, jehož vzniku se nepodařilo zabránit. Proto se zdůrazňuje, že léčení návyků je třeba vždy spojovat s preventivními opatřeními., které by zabránily jejich vzniku. (Kašparová, Houška a kol., 1995, s. 20).

U nás se léčení drogově závislých provádí dosud jen v psychiatrických zařízeních. V některých z nich se pro velký počet drogově závislých vytvořila samostatná oddělení pro léčbu toxikomanů. (Kašparová, Houška a kol., 1995, s.20).

### **3 Kazuistika - PRAKTICKÁ ČÁST**

#### ***Uvedení do problematiky***

Muž, kterého budu popisovat bydlí v místě mého bydliště, je mu 23 let, nyní svoji drogovou závislost léčí pobytem v terapeutické komunitě v Němčicích. Zním ho od jeho 13 let, kdy se k nám do paneláku tato rodina přistěhovala a můj mladší syn s Martinem chodil do školy. Martin ukončil ZŠ, začal studovat na střední škole, ale tuto školu neukončil pro časté absence při výuce, vlivem závislosti na drogách. Často si jeho matka ke mně přišla pro radu a eventuálně pro kontakty na řešení synova drogového problému. Tak jsem se s touto problematikou začala zabývat .

#### ***Použité metody a jejich rozbor***

K objasnění případu drogové závislosti Martina budu používat tři metody a to *osobní anamnézu* , *pozorování* a *studium dostupné dokumentace*.

#### **Osobní anamnéza**

Většinu údajů uvedených v osobní anamnéze jsem čerpala z vyprávění matky Martina, z osobní znalosti této rodiny a z vyprávění a pozorování chlapce. Podrobné anamnestické materiály jsem neměla možnost získat. Pouze v přílohách budu dokládat lékařské zprávy z pobytu v psychiatrických léčebnách ( tvrdá data jsou vymazána).

Pohlaví: muž

Datum narození: 1983

Škola: ZŠ a SŠ nedokončena

Počet dětí v rodině: 2

Ústavní léčba : od roku 2002-2006 (přerušovaně)

TK: 2005 – dosud

Těhotenství matky bylo normální, žádné závažné onemocnění během těhotenství nenastalo. Duševní stav matky v průběhu těhotenství byl dobrý. Ale kouřit nepřestala, občas si dopřála 2dc vína. Žádné rizikové faktory v době těhotenství nebyly.

Průběh porodu byl normální, v termínu, plod byl donošen, délka 52cm, váha 3,78kg. Žloutenku ani jiné novorozenecké choroby neprodělal. Matka svého syna kojila asi 2 měsíce, než přešla na umělou výživu.

Vývoj dítěte po narození byl normální, v šesti měsících začal sedět a v devíti měsících již sám chodil. Mluvit začal v prvním roce života. Do jeslí začal chodit od svých 2 let. Adaptoval se dobře a v jeslích se projevoval jako dominantnější a samostatný byl trochu živější, ale zvědavé dítě.

Ve školce byl od svých 3 let, byl oblíbený v kolektivu. Pak přešel rovnou ze školky do první třídy ZŠ.

S prospěchem na prvním stupni nebyl žádný problém, ale problém byl s chováním při hodinách, vyrušování při výkladu, nepozornost (znaky hyperaktivního dítěte) a od druhého stupně někdy i snížená známka z chování. Matka se s chlapcem připravovala na hodiny, psala s ním i domácí úkoly. Chlapec byl lajdák, ale tím, že byl inteligentní, vše dohnal a bez problémů se dostal na střední školu. Měl v té době mnoho zájmů, hlavně sport, také hodně četl, měl zájem o počítače, počítačové hry a o sledování televize, o sport apod.

Ve třetím ročníku SŠ začaly problémy s docházkou do školy, měl mnoho neomluvených hodin, sníženou známku z chování, začal se špatně učit, lhát rodičům a ve druhém pololetí čtvrtého ročníku nebyl klasifikován z několika předmětů z důvodu absence ve škole a také nepřipuštěn k maturitě. Ještě učinil dva pokusy si střední školu dokončit individuálním studiem, ale to nikdy nevyšlo, protože se hlouběji a hlouběji propadal do drogové závislosti. V té době byl již náladový, nervózní, začal si půjčovat peníze (na vstupenky do kina, na stravenky apod.). Ale pravý důvod byl na drogu.

Měla jsem možnost se seznámit s propouštěcími zprávami z psychiatrických léčeben a tak z těchto zpráv uvedu některé pasáže.

### **PL Červený Dvůr**

Pacient 22 let, se syndromem závislosti na heroinu přijat k opakovanému pokusu o ústavní léčbu (v naší léčebně již 3. pobyt). Umístěn na detoxikačním oddělení, abstinenční příznaky úspěšně tlumeny, zapojen do psychoterapie i dalších aktivit na oddělení. 3. den pobytu léčebnu oproti důrazné radě lékaře opouští. Prognóza nejistá i motivace k léčbě.

Doporučení: nová ústavní léčba v PL podle místa bydliště, do té doby ambulantní kontakt (praktický lékař, psychiatr, K-centrum). (P1).

*Pacient nebyl ještě připraven k léčbě, nebyl dost motivován, tak selhal.*

### **PL Brno-Černovice**

Pacient přijat dne ..., první pobyt v PLC, přijat k dobrovolné detoxikaci před plánovanou léčbou v PL Opava.

Osobní anamnéza: poporodní vývoj v normě, s ničím jiným se neléčí, sledované choroby, úrazy neguje, nemedikuje, stříkačky i jehly vlastní, žloutenku nikdy neměl rizikové pohlavní styky neguje. Fyziologické funkce: spánek zhoršen, další v normě. Alergie neguje. Dětství: pochází z úplné rodiny, má staršího bratra, dětství hodnotí jako bezproblémové, harmonické.

Škola: základní vzdělání, v souvislosti s drogou vyloučen ze střední školy, výsledky průměrné, snížená známka z chování.

Zaměstnání: nezaměstnaný, v evidenci na Úřadu práce.

Sociální anamnéza: svobodný, bezdětný, žije u rodičů, soužití konfliktní v souvislosti s abusem.

Partnerské vztahy: stálou partnerku nemá.

Zájmy: nevyhraněné. (P2)

Tresty/kriminalita:

Trestně stíhán 3x pro krádeže, poslední nepodmíněně, 7 měsíců, nyní další neguje, vyšetřen soudními znalci, OL nenařízena. (P2)

Z úspěšného a ukončeného detoxu přešel do PL Opava a následně do Horních Holčovic, kde ukončil pobyt před léčbou v terapeutické komunitě. Pobyt v TK v Němčicích si sám zařídil, napsal žádost s životopisem s možností léčby v TK. Dnem, kdy je propuštěn z Horních Holčovic se přesouvá k nástupu léčby v TK.

Diagnóza: Sy závislosti na drogách – opioidy F11.2.

V současné době je v TK v Němčicích. (P3).

Ze studia propouštěcích a výstupních zpráv je zřejmé, že pacient má snahu o léčbu své závislosti a dokazuje to tím, že již cca 16 měsíců abstínuje a podrobil se režimu léčby jak v PL, tak to dokazuje i přestupem v jednotlivých fázích v TK Němčice.

### **Pozorování**

Jak jsem již dříve uvedla, znám Martina od jeho 13 let, v té době jsem již mohla pozorovat jeho nekázeň ve škole. Doma měl tisíce výmluv, když na něm jeho matka požadovala nějakou práci. Vždy si to dovedl zařídit tak, aby práci udělal jeho starší bratr. Matka na jeho výchovu evidentně nestačila, byla slabá, vůbec jí neposlouchal a dovedl ji vždy přemluvit. Měl mnoho kamarádů, různé sportovní zájmy, ale u ničeho nevydržel. Jeho otec má časově náročné povolání a tak doma byl málo, péči o výchovu syna a školu, měla na starosti jen matka.

Rodina, ze které mladý muž pochází má středoškolské vzdělání, matka pracuje ve státní správě a otec je managerem v restauraci. Starší bratr vystudoval VŠ a je právník. Rodina je nekonfliktní, slušná a v místě bydliště oblíbená.

Při studiu na střední škole začal Martin experimentovat s drogou, nejdříve kouřením marihuany, hašiše a jiných nealkoholových drog, až skončil u heroinu. U této drogy vydržel až do roku 2002 kdy ho otec přistihl s injekční jehlou a následovala přerušovaná léčba v psychiatrických léčebnách v Bílé Vodě u Jeseníka, v Bohnicích, P-8, v Červeném Dvoře u Krumlova, v Brně a Opavě. Z poslední léčby v PL v Opavě přešel ve stejný den do TK v Němčicích u Volyně, kde se již 14 měsíců léčí v různých fázích a připravuje se na ukončení pobytu v TK.

Nejdříve si chce najít jakoukoliv práci, zaplatit dluhy společnosti, (dopravní podniky, soudy, zdravotní pojištění atd.) a až si bude sám sebou jistý a mít našetřené nějaké peníze, chce si dokončit střední školu.

Závěrem bych chtěla říci, že Martin se skutečně snaží aby léčbu v TK dokončil. Je to znát i na jeho přístupu k lidem i na něm samém, jeho zevnějšku. Je klidnější, slušnější, umí se usmívat, neuhýbá očima, myslím si, že již opět získal sebevědomí. Dělá radost rodičům, sám si začíná hledat v Praze zaměstnání.

***Cílem mého pozorování bylo, abych si na uvedeném případě fakticky ověřila, jak droga dovede s mladým jedincem „zamávat“, vezme mu víru v sebe, sebevědomí, školu, kamarády, přátele, někdy i rodinu.***

V této době drogově závislý jedinec většinou žije sám, na okraji společnosti, páchá kriminální činnost (krade v obchodech, supermarketech, nebo na ulici, vykrádá auta apod.). Je litován, protože je nemocný, ale zatracován, protože lidé, kteří nepřijdou do styku s drogově závislým, nemohou pochopit, že nemůže přestat s braním drogy. Ovšem dle vyjádření matky Martina nelze nikdy svého syna, když je nemocný, opustit a zatratit.

Na případu Martina, kterého mám možnost pozorovat, jsem viděla během uplynulých 5 let jeho drogové kariéry jak jeho totální úpadek, tak příznivý vliv jeho chtěné a dodržované léčby. Jak se postupně, opakovaně, ale pomalu a jistě, za přispění podpory celé rodiny, odborné péče a léčby v zařízeních, která jsou k tomu vybavena, opět dostává na cestu, která znamená **vysvobození z „pekla drogy“**.

Začíná sám o sebe dbát, lépe se obléká, dbá na svoji osobní hygienu. Je upravený. Začíná také navštěvovat stomatologa, protože vlivem dlouhodobého užívání drogy má své zuby ve špatném stavu. Chodí pěkně ostříhán. Je milý a usměvavý.

Martina jsem měla možnost pozorovat jak osobně, tak z vyprávění a pozorování, jeho matky a jeho staršího bratra.

#### **4 kazuistika - ZÁVĚR**

Z toho, co jsem dosud sepsala, vyplývá tak i z literatury, která byla k tomuto drogovému problému napsána, má ale hlavní smysl u **jedince závislého na nealkoholových drogách**, aby **sám chtěl**, jinak je vše podnikáno, **ZBYTEČNĚ**.

***Dokud nebude mít narkoman sám vůli, motiv a chuť léčit se, nikdy jeho závislost nevymizí.***

Nejde problém odstranit ani léky, ani mentorováním, školou, kamarády, ale jen **pevnou vůlí sám chtít, léčit se a snažit se vyléčit**.

***Závislý člověk musí poznat, že jsou jiné, kvalitnější životní hodnoty, než je droga a život s ní.***

Ze strany rodiny a přátel to také chce mnoho trpělivosti, lásky a porozumění, aby závislý věděl, že je mu někdo oporou, že ho podrží a hlavně, že není sám.

Ze smutné statistiky vyplývá, že při **resocializaci** závislých jen malé procento končí s návykem na drogy.

***Musí doživotně abstinovat, jiná cesta není.***

**Klíčem k motivaci těchto klientů je trpělivost, důslednost a rozhodnost.**

## ***5.5 Pracovní a společenské uplatnění drogově závislého***

Chtěla bych navázat na výše uvedenou kazuistiku. Mladý člověk, který ukončil léčbu se vrací zpátky do rodiny, chce si najít práci, kterou však ale nenajde.

Ověřovala jsem si osobně a i telefonicky, jak v těchto případech postupuje Úřad práce(ÚP);

- Zaeviduje žadatele o práci na ÚP
- zapíše žadatele o práci, případně mu nabídne a dá kontakt na zaměstnavatele, který ohlásil na ÚP volné místo (v mnoha případech žadatel nevyhovuje, protože nemá čistý rejstřík trestů – přichází z léčby, z výkonu trestu)
- vystaví potvrzení, že je jmenovaný evidován na ÚP, a pošle ho na příslušný odbor sociální péče, tím je žadatel předán do další instituce
- žadatel o práci je povinen se každý měsíc na ÚP hlásit (když ještě nepracuje a pobírá sociální dávky).



Následuje další etapa na sociálním odboru v místě bydliště. Dávky dostane, tak si pro ně na sociální odbor po určitou dobu osobně dochází.

Dále jsem zjišťovala dotazem u různých firem na Praze 4 a 11, zda zaměstnají mladého člověka; po léčbě drogové závislosti, se záznamem v rejstříku trestů, nebo který přichází z VTOS (výkon trestu odnětí svobody), 100% výsledek je: **nezaměstnají**.

### ***Oslovila jsem celkem 20 firem a soukromých společností.***

Nastává další fáze. Pro nezaměstnaného se práce nenajde, tak v lepším případě skončí opět na ÚP, v horším na ulici.

Musím podotknout, že jde většinou o lidi, kteří mají minimální vzdělání, praxi většinou žádnou.

Nastává **bludný kruh** dle (Vágnerové, 1999), kdy se vrací mladý člověk buď po dokončené a úspěšné léčbě své závislosti zpátky do občanského života, nebo z VTOS, práci nenalezne, společnost se o něj nepostará, sám si práci nenajde, a opět skončí na ulici. A opakuje se drogová minulost, páchání trestné činnosti spojené s drogou a vše se opakuje. V horším případě skončí opět ve VTOS.

Následná péče o uživatele drog a jejich sociální reintegrace je v ČR zajišťována prostřednictvím programů chráněného bydlení a strukturovaných programů ambulantní následné péče.

Následnou péči v ČR zajišťují **dva typy programů** – programy **ambulantní následné péče** a programy **intenzivní následné péče**. (Mravčík, et al. 2005, s.59).

Cílovou populací jsou klienti po léčbě drogové závislosti nebo klienti abstinující alespoň 2 měsíce a klienti vracející se z léčebných zařízení, z výkonu trestu a případně i z předchozí léčby.

Dále jsou to rodiče klientů, partneři, další rodinní příslušníci a jiné blízké osoby. Cílem je udržet léčebný efekt, snížit riziko relapsu a usnadnit sociální reintegraci. (Mravčík, et al. 2005, s.59).

V r. 2004 poskytovalo následnou péči 17 zařízení, dotovaných z rozpočtové kapitoly VPS, 7 zařízení nabízelo ambulantní i intenzivní následnou péči, 6 zařízení poskytovalo pouze ambulantní péči a 4 zařízení pouze intenzivní následnou péči (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005a). (Mravčík, et al., 2005, s.59).

Ambulantní následná péče probíhala ve 13 zařízeních, jejichž služeb využilo celkem 424 klientů (246 mužů, 178 žen). Průměrný věk klientů byl 26,8 let. Celkem 307 klientů užívalo drogy injekčně, 115 klientů užívalo heroin 187 pervitin. Služeb těchto zařízení využilo také 302 neuživatelů drog. (národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e). (Mravčík, et al., 2005, s.59).

V r. 2004 poskytovalo 11 zařízení intenzivní následnou péči v délce 6 -12 měsíců. V těchto 11 zařízeních poskytovalo svým klientům chráněné bydlení a 4 zařízení také práci v chráněných dílnách. Služby byly poskytnuty 533 klientům (323 mužů, 210 žen), jejichž průměrný věk byl 26,8 let a z nichž bylo 399 (75%) injekčních uživatelů drog, 253 (48%) uživatelů pervitinu a 182 (34%) uživatelů heroinu. Průměrná délka programu jednoho klienta byla necelých 5 měsíců. Celkem 144 (27%) klientů ukončilo program úspěšně, 98 (18%) klientů předčasně a 52 (10%) klientů bylo z programu vyloučeno (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2005e). (Mravčík, et al. 2005, s.59).

V r. 2004 se zvýšil počet bezdrogových zón věznic z 22 na 30, s celkovou kapacitou 1 440 míst. V bezdrogových zónách se uplatňuje zvláštní režim výkonu vazby či trestu, upravený interními pokyny, s cílem zamezit vězněným osobám v kontaktu s drogami. Součástí programu bezdrogových zón není terapie. (Mravčík, et al. 2005, s.60).

Věznění uživatele drog, kteří se rozhodnou nastoupit léčbu, mohou být umístěni ve specializovaných odděleních věznic zaměřených na uživatele drog. Specializovaná oddělení pro diferencovaný výkon trestu působí v šesti věznicích (Bělušice, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram, Všehrady), jejich kapacita se v r. 2004 zvýšila z 214 na 292 míst. (Mravčík, et al. 2005, s.60).

Druhým typem specializovaných oddělení zaměřených na uživatele drog jsou oddělení pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického v ústavní formě; ta působí ve třech věznicích (Opava, Rýnovice, Znojmo), jejich celková kapacita činí 73 míst. (Mravčík, et al.2005, s.60).

## **6 STRATEGIE ŘEŠENÍ DROGOVÉ PROBLEMATIKY V ČR (2005-2009)**

### **6.1 Funkce strategie**

Národní strategie protidrogové politiky 2005 až 2009 je klíčovým dokumentem vlády ČR, který aktualizuje předcházející strategie v souladu se současným stavu vědeckého poznání o fenoménu užívání drog, o jeho důsledcích a účinných řešeních s ním souvisejících problémů. Vláda v něm definuje základní východiska a směry řešení problému užívání drog a doporučený rámec pro tvorbu a uskutečňování protidrogových strategií všech článků veřejné správy na úrovni resortů krajů a obcí.

Její hlavní funkce jsou:

- ***Vytyčít základní principy a cíle a stanovit priority národní protidrogové politiky ČR pro všechny články veřejné správy a občanské společnosti.***
- ***Vymezit institucionální a organizační rámec protidrogové politiky i odpovědnosti a kompetence všech hlavních článků veřejné správy v ní.***
- ***Nabídnout institucím a organizacím zapojeným do realizace národní protidrogové politiky, aby si našly své místo a roli při naplňování protidrogové strategie.*** (NSPP,2005,s.8).

- *Propojovat veřejnou správu, státní i nestátní, dobrovolnické i svépomocné organizace na všech úrovních realizace protidrogové politiky.*
- *Pro potřeby spolupráce na národní i mezinárodní úrovni informovat o podobě, cílech a prioritách směřování národní protidrogové politiky ČR. (NSPP,2005,s.8).*

## 6.2 Akční plán realizace národní strategie

Vláda České republiky schválila dne 22.12.2004 svým usnesením č. 1305/2004 Národní strategii protidrogové politiky na období 2005-9 (dále Národní strategie). **Národní strategie je zásadní dokument protidrogové politiky** pro dané období, **který definuje:**

- a) základní východiska, směry a odpovědnost subjektů při řešení problému drog
- b) dva hlavní cíle na období 2005-9 zajišťující vyvážený přístup v řešení problematiky drog:
  - potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog
  - snížit užívání všech typů drog a potencionální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat.

**Základním nástrojem realizace Národní strategie je Akční plán**, který stanoví v daných oblastech konkrétní cíle, činnosti k jejich naplnění, zodpovědnosti, termíny a ukazatele jejich plnění.

Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006 byl schválen usnesením vlády ze dne 13. července 2005 č. 886. (Akční plán realizace 2005-2006,s.5-7).

### 6.3 Naplňování cílů strategie

#### Specifické cíle

Stabilizovat případně snížit počet problémových uživatelů drog

Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog

Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi

Snížit potencionální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost

Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace

Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů

#### Oblasti Akčního plánu

Léčba a následná péče

Primární prevence

Primární prevence

Informace, výzkum a hodnocení

Primární prevence

Léčba a následná péče

Snižování rizik

Léčba a následná péče

Léčebná a následná péče

Snižování nabídky  
a prosazování práva

#### Gestor

#### Oblast protidrogové politiky

#### Spolupracující subjekty

ministryně školství  
mládeže a tělovýchovy  
ministr zdravotnictví

Primární prevence

Léčebná a následná péče

MO, MPSV, MZ  
sekretariát RVKPP, MV  
MPSV, MS, MŠMT,  
sekretariát RVKPP

ministr zdravotnictví  
ministr vnitra a ministr  
financí

Snižování rizik

Snižování nabídky drog  
a vymáhání práva

MPSV, MS, sekret. RVKPP  
MS, sekretariát RVKPP

výkonný místopředseda  
RVKPP

Koordinace a financování

MV, MZ, MPSV, MŠMZ, MZV  
MS, MO

výkonný místopředseda  
RVKPP

Informace - výzkum  
- hodnocení

MV, MZ, MPSV, MŠMT, MZV,  
MS, MO

ministr zahraničních věcí

Mezinárodní spolupráce

MV, MZ, MPSV, MŠMT, MS,  
MO, sekretariát RV KPP

***Nyní bych citovala několik čísel a statistik***

**„Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2004“.**

Celkem bylo v roce **2004 odhadováno 30 000 problémových uživatelů drog (9 700 heroinu, 20 300 pervitinu), z toho 27 000 (90%) injekčních uživatelů.** Podíl injekčních uživatelů je dlouhodobě velmi vysoký a představuje riziko zejména pro přenos infekcí a předávkování. (Mravčík et al. 2005, s.1).

Léčba a sociální reintegrace je zajišťována širokým spektrem služeb, jejichž dostupnost relativně vysoká. Výrazně vzrostl odhadovaný počet uživatelů opiátů ve specializovaných programech substituční léčby (z 18% v r.2003 na 20-30% v r.2004), podílela se na něm zvýšená preskripce jak metadonu, tak buprenorfinu (Subutex). *Před spuštěním je pilotní projekt substituční léčby ve věznicích.* (Mravčík, et al. 2005, s.2).

V lednu bylo otevřeno substituční centrum v Českých Budějovicích; nedostatečně pokryty zůstávají tedy zejména západní Čechy. Relativně nedostatečná je také kapacita a dostupnost strukturovaných ambulantních programů a programů následné péče. Dostupnost rezidenční léčby a nízkoprahových služeb v ČR vysoká (**17 terapeutických komunit, 21 psychiatrických léčeben, 33 psychiatrických oddělení nemocnic, 92 nízkoprahových programů**).

V nízkoprahových programech roste počet distribuovaných jehel a stříkaček, v kontaktu s nimi je nadále cca 60% problémových uživatelů drog. (Mravčík et al. 2005, s.2).

Užívání drog souvisí s bezdomovectvím, nižšími příjmy, nezaměstnaností a nižším vzděláním, jejichž kumulace může vést až k sociálnímu vyloučení (exkluzi). Užívání drog může být příčinou i následkem. Jedním z nejzávažnějších sociálních důsledků užívání drog je trestná činnost. (Mravčík et al. 2005, s.2).

***V ČR se ročně spotřebuje přibližně 11,5 t konopných drog, 3,7 t pervitinu, 2,2 t heroinu, 1,2 mil. ks extáze a 275 tis. dávek LSD.***

***Výdaje na programy protidrogové politiky ze státního rozpočtu*** jsou posledních létech relativně stabilní (**205-220 mil. Kč**).

(Mravčík et al. 2005, s.2).

### ***Drogy v krajích ČR***

Výzkumy potvrzují souvislosti mezi výskytem zvýšené míry rizikových environmentálních faktorů (kvalita prostředí, demografické a socioekonomické ukazatele) a zvýšeným výskytem užívání drog včetně jeho nepříznivých důsledků, které se liší mezi kraji.

V krajích, kde jsou drogy více vyhledávané a dostupné, je vyšší koncentrace služeb pro uživatele drog, jež odpovídá zvýšené poptávce po službách.

Finanční prostředky na služby prevence a léčby uživatelů drog jsou ze státního rozpočtu poskytovány diferencovaně a přiměřeně různým potřebám a podmínkám krajů ČR.

Z hlediska výskytu demografických a socioekonomických rizikových faktorů a užívání drog lze české kraje rozdělit do **pěti skupin**:

Příznivé sociodemografické prostředí i situaci v užívání drog vykazují kraje Královéhradecký, Pardubický, Vysočina, z části i Jihomoravský, Olomoucký a Zlínský.

- Průměrný stav demografických a zdravotních ukazatelů a příznivou situaci v užívání drog vykazují kraje Středočeský a Jihočeský.
- V Karlovarském a Libereckém kraji je velmi nepříznivé demografické prostředí, koncentrují se v nich problémové sociální jevy, ale situace v užívání drog je průměrná. Do určité míry vykazuje podobné charakteristiky i kraj Moravskoslezský. (NSPP, str.11).
- Ústecký kraj se vyznačuje nejen velmi nepříznivými demografickými ukazateli, ale i velmi nepříznivou situací v užívání drog.

- Hlavní město Prahu charakterizuje horší sociální prostředí, koncentrace kriminality a „drogových“ trestných činů a velmi nepříznivá situace v užívání drog. chybí pro ni ale dostatečná legislativní opora. (NSPP, str.11).

Ve všech krajích spolupracují protidrogoví koordinátoři s koordinátory měst a obcí a kraje mají vlastní strategie. Spolupráce státu a krajů je na dobré úrovni.

### Nyní několik tabulek a grafů z drogové problematiky

**Tabulka č. 1a graf č. 1:** *Prevalence užití návykových látek v dospělé populaci (celoživotní a v posledních 12 měsících, v %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005)*

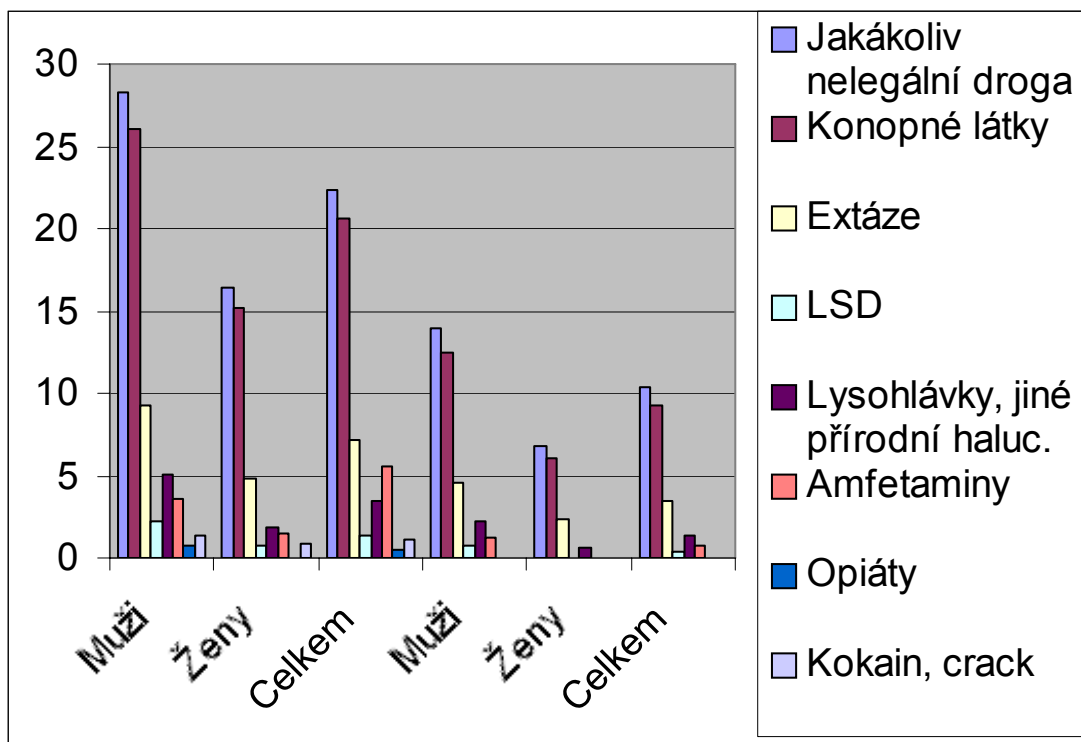
Droga	Celoživotní prevalence			V posledních 12 měsících		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Jakákoliv nelegální droga	28,3	16,4	22,3	13,9	6,8	10,4
Konopné látky	26	15,2	20,6	12,5	6,1	9,3
Extáze	9,2	4,8	7,1	4,6	2,3	3,5
LSD	2,2	0,8	1,4	0,7	-	0,4
Lysohlávky, jiné přírodní haluc.	5,1	1,9	3,5	2,2	0,6	1,4
Amfetaminy	3,6	1,5	5,5	1,2	-	0,7
Opiáty	0,8	-	0,5	-	-	-
Kokain, crack	1,4	0,9	1,1	-	-	-

Pozn.: hodnoty nižší než 0,5% jsou v celopopulačních průzkumech považovány za nulové.

Výše uvedená tabulka ukazuje užívání nelegální drogy mezi muži a ženami a pak celkový průměr. (celoživotní prevalence, za posledních 12 měsíců).

Následuje graf k této tabulce. (Mravčík, et al. 2005, s. 12).





Graf k tabulce č. 1

**Tabulka č.2** Celoživotní prevalence užití návykových látek u 12, 14 a 16letých (Blaný et al. 2004).

Prevalence podle druhu drogy	12 let (N = 1 447)		14 let (N = 1 526)		16 let (N = 1 903)	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Celoživotní						
Pivo	56	38	73	61	93	79
Víno	62	53	80	81	91	91
Destiláty	43	31	71	63	90	88
Cigarety	56	54	70	71	80	82
Marihuana	12	10	34	28	58	52
Extáze	4	1	2	3	8	6
Lysohlávky	3	1	4	3	12	7
Rozpouštědla	8	5	4	5	4	3
V posledních 30 dnech						
Alkohol (5 a více sklenic, 3 a vícekrát	3	1	9	6	34	18
Marihuana	8	6	17	16	34	27

V r.2004 byly také poprvé zveřejněny výsledky české části mezinárodního projektu SAHA – Rizikové faktory školního, sociálního a zdravotního vývoje mládeže. Celkem se výzkumu účastnilo 4 876 studentů základních a středních škol ve třech věkových skupinách – 12, 14 a 16. Výzkum byl proveden pouze v krajských městech ČR, přibližně 42,5% respondentů bylo z Prahy – nejedná se tedy o reprezentativní průzkum na celorepublikové úrovni. Průzkum umožňuje porovnat rozsah zkušeností s užitím návykových látek. (Mravčík et al. 2005, s. 14).

**Tabulka č.3 Studenti vysokých škol a návykové látky**

Rok průzkumu	1995-1999	2000-2002	2003	2004-2005
Počet respondentů	3 387	1 312	904	139
Věk respondentů	18-25 let	18-36 let	18-25 let	18-25 let
<b>Prevalence užití</b>				
Marihuana	31,7	40,2	48,1	64,7
Hašiš	6,1	9,6	-	15,1
LSD	4,4	-	9	6,5
Pervitin	2,4	-	5,5	5,8
Extáze	-	-	7,5	10,8
Halucinogení houby	-	-	-	7,2

Ze srovnání výsledků vyplývá, že od poloviny 90. let došlo k nárůstu celoživotní prevalence užití sledovaných nelegálních drog. (Mravčík, et al. 2005, s.16).

**Tabulka č.4-Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v r.2004**

Typ programu	Počet	Kapacita (míst,lůžek)	Využití (počet osob)
Ambulantní zdravotnická zařízení	382		15 383
Denní stacionáře	2		82
Detoxikační jednotky	19		
Záchytné stanice	16		
Psychiatrické léčebny	17	1 275	2 883
Psychiatrická odd.nemocnic	33	1 501	2 459
Dětské psychiatrické léčebny	4	368	27
Terapeutické komunity	17	228	546
Programy následné péče	17		957
Detoxikační jednotky ve věznicích	1		101
Bezdrogové zóny ve věznicích	30	1 440	2 528
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu	6	292	489
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanské léčby ve věznicích	3	73	122
Substituční centra	9		1 043
Substituce buprenorfinem v ambulancích	450		2 000

Podle typu se léčba rozlišuje na ambulantní (AT ordinace, stacionární programy, strukturované programy následné péče) a rezidenční (terapeutické komunity, specializovaná odd. nemocnic, psychiatrické léčebny). Podle délky lze rozlišit léčbu krátkodobou (4-8 týdnů), střednědobou (3-6 měsíců) a dlouhodobou (7 měsíců a déle). (Mravčík et al. 2005, s.27).

**Tabulka č. 5** Počet ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících péči uživatelům drog v r. 2000-2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005). (Mravčík, et al. 2005,s.27).

Rok	Počet zařízení
2000	320
2001	330
2002	342
2003	368
2004	382

**Tabulka č. 6** – Prevalence užití návykových látek mezi 18letými studenty (celoživotní, v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech), v % (Csémy et al. 2005)

Droga	Celoživotní	V posledních 12 měsících	V posledních 30 dnech
Konopné látky	56,2	43	22,3
Heroin, jiné opiáty	2,7	1,1	0,5
Pervitin, jiná stimulancia	8,4	5,4	2,7
Těkavé látky	6,4	2	0,6
Extáze	11,4	6	1,9
LSD,jiné halucinogeny	9,2	4,4	1,2
Sedativa,hypnotika	10,4	3,8	1,5
Alkohol a pilulky	13,9	5	1,5
Alkohol a marihuana	42,8	25,6	12,6

Extázi v životě užilo 11,4% (oproti 8,3% 16letých), LSD nebo jiné halucinogeny 9,2% (oproti 5,6%), pervitin 8,4% (oproti 4,2%). Rozdíly ve zkušenostech s heroinem nebo jinými opiáty mezi 16letými a 18letými nejsou významné. Varující je vysoká prevalence současného užití alkoholu a marihuany, a to i v posledních 30 dnech. (Mravčík et al. 2005, s. 14).

**Tabulka č. 7** – Poměr mezi uživateli heroinu a Subutexu ve vybraných nízkoprahových programech v ČR v lednu a únoru 2005 v % (Randák,2005)

Program	Heroin	Subutex
Drop In, Praha - terenní program	20	80
SANANIM, Praha - terenní program	30	70
Prostor,Kolín	40	60
Prevent.Č.Budějovice	10	90
Drug out club, Ústí nad Labem	50	50
CPPT Plzeň - K centrum	80	20
Sdružení Podané ruce Brno - terenní program	70	30
Lexus, Hradec Králové- terenní programy,K-centrum	69	31

(Mravčík, et al. 2005,s.33).

**Tabulka č. 8** - Počty obžalovaných osob z drogových trestných činů (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005) (Mravčík et al. 2005, s. 55).

	<b>§187</b>	<b>§187a</b>	<b>§188</b>	<b>§188a</b>	<b>Celkem</b>
1998	1 029	0	159	342	<b>1 530</b>
1999	1 102	115	119	429	<b>1 765</b>
2000	1 276	158	190	419	<b>2 043</b>
2001	1 418	215	195	332	<b>2 160</b>
2002	1 444	206	223	374	<b>2 247</b>
2003	1 708	277	319	433	<b>2 737</b>
2004	1 710	217	363	299	<b>2 589</b>

**Tabulka č. 9** Počty odsouzených osob za drogové trestné činy (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005) (Mravčík et al. 2005, s. 55).

	<b>§ 187</b>	<b>§ 187a</b>	<b>§ 188</b>	<b>§ 188a</b>	<b>Celkem</b>
1998	702	0	55	45	<b>802</b>
1999	765	26	38	70	<b>899</b>
2000	819	92	29	61	<b>1 101</b>
2001	905	86	62	41	<b>1 094</b>
2002	1 007	103	58	48	<b>1 216</b>
2003	1 077	115	63	49	<b>1 304</b>
2004	1 146	121	64	45	<b>1 376</b>

**Tabulka č. 10** - Počty záchytů a množství zadržených drog v r. 2002-2004 (Národní protidrogová centrála, 2005) (Mravčík et al. 2005, s. 64).

<b>Zachycená látka</b>	<b>Jednotky (objem)</b>	<b>2002</b>		<b>2003</b>		<b>2004</b>	
		Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem
Marihuana a hašiš	kg	351	112,12	561	142,62	572	191,22
Rostliny konopí	ks	93	3 173	117	3 125	46	1 617
Heroin	kg	55	34,34	54	9,14	42	35,9
Kokain	kg	12	6,04	20	2,62	7	3,28
Pervitin	kg	304	4,3	193	9,63	201	3,42
Extáze	kg	42	88 391	31	51 692	39	108 379
LSD	tablety	3	107	3	65	1	326
<b>Celkem</b>	<b>dávky</b>	<b>860</b>	<b>-</b>	<b>979</b>	<b>-</b>	<b>907</b>	<b>-</b>

NPC (Národní protidrogová centrála) poskytla stejně jako v minulém roce přehled záchytů drog rozdělený podle jejich objemu. Celní správa ČR zaznamenala 410 záchytů drog, které realizovala samostatně či ve spolupráci s policejními složkami. Nejčastěji zachycenými drogami byly marihuana a hašiš (celkem 87 záchytů). V 66% případů byly drogy zachyceny na mezinárodním letišti Praha-Ruzyně; nejčastěji se jednalo o přepravu drog leteckou poštou (Generální ředitelství cel, 2005). (Mravčík et al. 2005, s. 64-65).

## 7 ZÁVĚR

Velice módním se dnes stalo vyčítat mladým lidem, že užívají drogy. I když zde není místo pro moralizování, můžeme se podívat, co jim naše společnost poskytuje – svět podivných materiálních hodnot, přepracované a vynervované rodiče příliš zaměstnané uspokojováním vlastních ambicí a neschopné věnovat dostatečný čas dětem, kult násilí a individualismu, úpadek morálních hodnot. Imperativem dneška se stalo opatřování prostředků - **peněz** -, za které je možné získat příjemné prožitky, konzumovat. (Nožina,1997,s.295).

Podotýkám – nikoliv „**vykonávat práci**“, ale „**opatřit si**“. Jak, to už často není tak podstatné. V subkultuře toxikomanů je tento konzum abstrahován do nejzákladnější podoby – jejich slang totiž obsahuje termín „**dělat peníze**“, který znamená – „opatřit si jakýmkoliv způsobem peníze na drogy“. Náš přirozený biologický kód vyžaduje aktivitu, změnu. Jeho tlak je mnohonásobně větší v případě dospívající mládeže. (Nožina,1997,s.296).

***Je smutným faktem, že sociální a kulturní politika v naší zemi pokulhává za rozvojem ekonomických aktivit.***

Situace ve školství, zdravotnictví a dalších oblastech sociální sféry je špatná. Navíc naši společnost silně zneklidňuje tlak volného trhu. I když základem prosperity této země bude vždy nepochybně ekonomika, opomíjet sociálno je sebevražedné. Odstrašujícím příkladem nám v tomto ohledu mohou být Spojené státy americké. Právě prostředí vysoké společenské nervozity v období transformace je nutné klást důraz i na stránky lidského života, které dokáží tyto tlaky odlehčit , na kulturní a společenské aktivity. Otřepané úsloví o „harmonické osobnosti“ nabývá v tomto kontextu na významu. (Nožina,1997,s.296).

***Zaslepení krátkodobými cíly opomíjíme dlouhodobé a méně efektivní projekty, zaměřené na kultivaci společnosti a lidské osobnosti.***

Tento přístup by se nám mohl vymstít. Jeho důsledkem je – nárůst takových negativních sociálních jevů, jako jsou kriminalita, korupce, terorismus, rasismus, sektářství, konzumace drog. (Nožina,1997,s.296).

***Drogový problém***, stejně jako ostatní ***sociálně – patologické jevy***, bude vždy ***narůstat a upadat v souvislosti s rostoucí či upadající péčí této společnosti o každého jejího člena, o člověka.*** (Nožina, 1997, s. 296).

## **8 NÁVRH OPATŘENÍ**

Je zřejmé, že vývoj drogového problému v České republice bude v budoucnu – v pozitivním i negativním smyslu – záviset na schopnosti naší společnosti vytvářet duchovní, kulturní, ekonomické a sociální alternativy užívání drog, schopnosti vytvářet protidrogově naladěné prostředí a poskytovat prostor alternativním životním stylům. (Nožina, 1997, s. 301).

Jako rizikové se v tomto kontextu jeví takové faktory, jako jsou hospodářská stagnace nebo pokles a s tím rostoucí nervozita, oslabení nebo ztráta životních perspektiv určitých skupin obyvatelstva, kumulace sociálně-patologických jevů (gamblingu, prostituce, rasové, náboženské a jiné nesnášenlivosti, extrémismu, vandalství, sexuálními deviacemi motivovaného kriminálního chování, různých podob duševního a fyzického týrání bezbranných osob a násilí aj.) (Nožina, 1997, s. 301-302).

Negativně v tomto ohledu působí i kvantitativní změny na žebříčku hodnot a sílcí konzumní způsob života určitých sociálních skupin v ČR, pokles kulturní iniciativy a kreativity profesionálních skupin nejvýrazněji ovlivňujících životní styl a veřejné mínění, bezhlavé přejímání západních kulturních vzorů. (Nožina, 1997, s. 301-302).

Rizikovým faktorem je i nedostatečná aktivita, resp. selhání některého z nezbytných článků realizace protidrogové politiky – prevencí a omezováním poptávky po drogách počínaje přes nedostatečnou kapacitu léčebných a resocializačních zařízení až po potlačování jejich nabídky. Jak se ukazuje, závažným problémem je často rovněž nízká efektivnost využití vynakládaných prostředků. (Nožina, 1997, s. 301-302).

Drogy jsou schopny negativně ovlivňovat široké spektrum lidských aktivit, od hospodářství přes politiku až po zdravotnictví. Je naším velkým úkolem vybudovat v této zemi funkční systém, který by dokázal drogový problém účinně omezit, naučit se s drogami koexistovat. (Nožina, 1997,s.301-302).

***At' se nám to líbí, nebo ne, drogy vždy byly součástí našeho života a zůstanou jí i v budoucnosti.*** (Nožina, 1997,s.301-302).

**Doporučení odborníků na drogy a drogovou závislost a jejich návrh opatření:**

- ***Prevence založená ve společnosti***

K účinným preventivním strategiím patří prevence založená ve společnosti (community based prevention). To znamená dobrou spolupráci různých složek společnosti, jež mají zájem na tom, aby se problémům s návykovými látkami předcházelo. Ideálním výsledkem je koordinované působení na cílovou populaci z více směrů.

- ***Snižování dostupnosti návykových látek***

Tato strategie patří k nejdiskutovanějším. Na jedné straně je tendence ji podceňovat a pochybovat o její účinnosti. Přitom je známo, že snižování dostupnosti je nejúčinnější tehdy, jestliže se pro něj podaří získat většinu obyvatelstva, je provázáno snižováním poptávky a jestliže existuje možnost léčby pro závislé, protože snižování dostupnosti nebude mít samo o sobě v jejich případě dostatečný efekt. (Nešpor,Csémy,1996,s.20).

Bylo již jednou konstatováno, že vždy bude existovat jisté procento občanů, které bude chtít přijímat omamné jedy, a také je navzdory jakékoliv překážce přijímat bude.

Též ale tvrdíme, že stát je povinen co možná nejvíce ochránit své občany před důsledky konání takto nemocných.

Poslední – možná ale nejdůležitější premisou, z níž při formování tohoto návrhu vycházíme, je náhled na narkomany jako na nemocné občany; o tom, že závislost – v tomto případě závislost na omamném jedu – je nemocí, není mezi odbornou veřejností sebemenších pochyb. Ani **účinné** péče o ně se stát **nesmí** zřící, jakkoliv se to může – krátkozrace a neoprávněně – zdát lákavé a krátkodobě politicky působivé na neinformovanou populaci. (Zábranský, 1997, s.34-35).

***Zjednodušeně řečeno:***

- Navrhujem vyjmout narkomany z působnosti policie (nepáchají-li ovšem delikty kriminální povahy) a naopak je přiblížit lékařům, kterým jediným péče o ně přísluší.
- Navrhujeme minimalizovat zdravotní a sociální rizika, plynoucí z problémového užívání drog.
- Navrhujeme dát odborníkům do ruky nástroj, který jim umožní drogově závislou subpopulaci kontaktovat, dohlížet a pozitivně na ni působit ve směru k odvykacím procedurám a následné abstinenci, nebo alespoň k přechodu na substituční, společensky méně nebezpečné preparáty. (Zábranský, 1997, s.35-36).

Dovolila bych si upozornit na to, že není žádná provázanost v řešení drogové politiky v naší zemi. Vše se řeší odděleně, ne komplexně od začátku; prevence, léčby, následné zaměstnání, možné zařazení do společnosti, po VTOS, pomoci najít práci a zařadit se. Opět vzniká bludný kruh. Naše společnost není ještě nastavena na to, aby se o spoluobčany, kteří jsou drogově závislí, abstinují, nebo se vracejí z VTOS, komplexně postarala. Z toho, co jsem výše uvedla vyplývá, že si uživatel, nebo úspěšně abstinující ***nemůže sám pomoci z tohoto bludného kruhu.***

Bude potřeba péče státu, rodiny, kvalifikovaných odborníků, změnit podmínky při léčbě závislostí. Také je třeba důsledná kontrola zpětné vazby, jak jsou prostředky dávané naší společností, využívány a kolik hlavně mladých lidí úspěšně abstinuje a vrací se do občanského života.



## 9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJU K PŘEDLOŽENÉMU TEXTU

*AKČNÍ PLÁN REALIZACE Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-56-0

BERAN,J. *Droga a my.* Jihlava:Okresní hygienická stanice, 1995.

BORNÍK,M. *Drogy - co bychom o nich měli vědět.* 1.vyd. Praha: Thémis ,2001. ISBN 80-85821-98-2

JANÍK,A.,DUŠEK,K. *Drogy a společnost.* 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0087-3

KAŠPAROVÁ,Z.,HOUŠKA,T. a kol. *Sám sebou 3.* Praha: Sdružení Rodiče proti drogám 1995. ISBN 80-901740-6-X

MRAVČÍK, et al.*Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003.* Praha: Úřad vlády ČR,2004. ISBN 80-86734-25-0

MRAVČÍK, et al.*Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004.* Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-59-5

*Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009.*1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-39-0

NOŽINA,M. *Svět drog v Čechách.* Praha: Vydavatelství KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X

NEŠPOR,K. *Vaše děti a návykové látky.* 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 157 s. ISBN 80-7178-515-6

NEŠPOR,K., CSÉMY,L. *Návykové látky. Prevence a ostatní intervence.* vydalo MZ ČR Praha, 1996.

RIESEL,P. *Lesk a bída drog.* Votobia,1999. ISBN 80-7198-348-9

VAGNEROVÁ,Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0

ZÁBRANSKÝ a kol. *Racionální protidrogová politika.* Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-250-4

## 12 SEZNAM PŘÍLOH

*Příloha č. 1: Zpráva ošetřujícímu lékaři*

*Příloha č. 2: Výstupní zpráva*

*Příloha č. 3: Zpráva ošetřujícímu lékaři*

### **13 PŘÍLOHY (přílohová část)**

*P1 Zpráva ošetřujícímu lékaři*

*P2 Výstupní zpráva*

*P3 Zpráva ošetřujícímu lékaři*